


**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

GREICY KELLY BITTENCOURTE

**PROTEÇÃO SOCIAL E LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA
FAMÍLIA: UM ESTUDO NA DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL / ATENÇÃO AO
SERVIDOR**

**DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO**

EM: 10/12/2009


Rosana Maria Gaio
Coord. de Estágio e TCC
Curso de Serviço Social/CSE/UFSC

**FLORIANÓPOLIS
2009/2**

GREICY KELLY BITTENCOURTE

**PROTEÇÃO SOCIAL E LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA
FAMÍLIA: UM ESTUDO NA DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL / ATENÇÃO AO
SERVIDOR**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito parcial
para a obtenção do título de Bacharel em Serviço
Social**

**Orientadora: Prof. Msc. Naldir da Silva
Alexandre.**

**FLORIANÓPOLIS (SC)
2009/2**

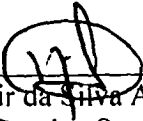
GREICY KELLY BITTENCOURTE

**PROTEÇÃO SOCIAL E LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA
FAMÍLIA: UM ESTUDO NA DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL / ATENÇÃO AO
SERVIDOR**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do Departamento de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA:

Presidente:


Prof.^a Msc. Naldir da Silva Alexandre
Departamento de Serviço Social - UFSC

1^a Examinador


Prof.^a Dr.^a Liliane Moser
Departamento de Serviço Social - UFSC

2^a Examinadora:


Irene Copati
Assistente Social da Prefeitura de São João Batista/SC

Florianópolis (SC), 10 de dezembro de 2009.

Dedico esse trabalho a todos que me encorajaram, apoiaram, me incentivaram e acreditaram em meu potencial, no dedicado e árduo processo que resultou neste TCC, em especial: Meus Pais Carlos e Izete, Meu Irmão Renan e principalmente a Ana Paula, exemplo de profissional e ser humano.

AGRADECIMENTOS

Como é bom chegar ao final de mais uma das caminhadas da vida e lembrar daqueles que fizeram parte dela. Muitos fizeram parte desta, das mais diferentes maneiras, cada um, com seu significado. Mas há aqueles que foram especiais ...

À minha família, pelo jeito de ser de cada um...

Meus pais por terem me dado a oportunidade de estudar, sempre me incentivando e mostrando que a educação é o bem mais precioso que podemos conquistar...

Ao meu irmão Renan, meu melhor amigo, companheiro e tudo mais que se pode dizer de um grande irmão...

A vocês três o meu eterno AMOR!!!

Ao seu Pepe, por ter esse coração tão grande e nos ter adotado como sua família...

Ao Luiz Fernando, pelo incentivo e pelo apoio em todas as horas que precisei...

A minha amiga-irmã Rita pela torcida, pelo carinho, pelo respeito, pelo choro, pela risada... por compreender minhas ausências... obrigada por fazer parte da minha vida e por deixar eu fazer parte da sua...

A minha afilhada Anni Elize que mesmo com sua pouca idade e mesmo sem querer muito contribuiu com seus abraços apertados e o “madinhaaaaa” que só ela sabe falar...

Aos professores do Curso de Serviço Social pelos ensinamentos que me abriram as portas de um mundo totalmente novo, instigando a reflexão acerca da realidade...

A Rosana Gaio por sua dedicação e por ter proporcionado momentos de tantas risadas e descontração que sem dúvidas foram fundamentais para esse processo...

As minhas queridas amigas, Letícia e Gabriele pelo pensamento positivo, Marisa pelas palavras de conforto, Alice pela escuta, Mávia pelo bom humor, Grazi por ser essa “mãezona”, Sílvia pelas brincadeiras, Ana Flávia pela torcida e a todos aqueles que passaram pelo meu caminho nesta jornada... vocês são muito mais que colegas de curso, são amigas que levarei para a vida toda...

Viviane, pelo sentido especial que deste neste processo. Uma grande amiga e parceira daquelas que a comunicação se dá no olhar... nossa amizade será eterna...

A equipe da DiSS por ter me dado a oportunidade de realizar o estágio com vocês que são, cada uma com suas especificidades, exemplos de profissionais. Não vou esquecer os momentos que passei com vocês e as lições repassadas...

A Gabi e o Ricardo companheiros de estágio pela escuta, pelas discussões diante de tantas dúvidas, incertezas e lamentações...

A minha prima Camila, que se prontificou a me auxiliar nas correções deste trabalho...

E gostaria de agradecer de forma especial principalmente...

À minha orientadora Naldir, por sua dedicação, paciência e doçura com que me orientou... além do que envolve o processo de orientação, agradeço por ter acreditado neste projeto e pelo seu respeito ao meu jeito de ser...

E a Ana Paula, minha supervisora, o que falar para você Ana... você foi muito além do que eu podia esperar de uma supervisora de estágio, você me ensinou muito mais do que o fazer profissional, você me deu lições de vida... com seu incentivo diante de minhas dúvidas e inseguranças pude perceber que eu era capaz, passei a acreditar mais em mim... levarei você no meu coração para sempre... você é um exemplo de profissional, de ser humano... à você minha eterna gratidão e admiração...

Por fim, devo dizer que agradeço a vida. Ela que é tão sábia em seus caminhos... que me leva a querer continuar sempre. Mais do que as teorias que li o que me motiva são as histórias que vi e vivi.

À todos vocês o meu...

Muito Obrigado!

“A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente a uma questão premente, retiramos dela toda sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana”

(Maria Lúcia Martinelli)

RESUMO

BITTENCOURTE, Greicy Kelly. Proteção Social e Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família: Um Estudo na Divisão de Serviço Social / Atenção ao Servidor. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é resultado da experiência de estágio vivenciada na Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor (DiSS) junto ao atendimento realizado aos servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC, solicitantes da Licença por Motivo de Doença da Família. O serviço social tem como objetivos nesta intervenção: orientar o servidor a respeito de questões legais pertinentes a licença; avaliar e encaminhar recursos sociais e de saúde que possa atender a necessidade do servidor e de seu familiar adoecido; e fazer uma reflexão com o servidor sobre a importância do cuidar de si ao cuidar do outro. A partir dessa experiência de estágio, emergiu o interesse de investigar qual a rede de proteção o servidor que solicita a referida licença aciona ao estar com um familiar adoecido, levando em conta o papel do Estado e da família no que diz respeito à proteção social. O referido trabalho compõe-se em uma pesquisa documental e bibliográfica e também trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa de caráter exploratório e descritivo, sendo para a viabilização desta, a técnica empregada constituiu em entrevista semi-estruturada com dez servidores que solicitaram esta licença no período entre agosto de 2008 à setembro de 2009. Desta forma, o trabalho apresenta-se em três seções: na primeira apresentamos a DiSS e a intervenção do serviço social junto as solicitações de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família; na segunda contextualizamos teoricamente a proteção social e o papel do Estado e da família neste âmbito; e na terceira apresentamos a pesquisa realizada por meio da entrevista traçando o perfil dos entrevistados e analisando os depoimentos dos citados participantes da pesquisa.

Palavras-chave: Servidor Público Federal, Licença por Motivo de Pessoa Doente da Família, Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor (DiSS), Proteção Social, Serviço Social, Família.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01:	Organograma da Universidade Federal de Santa Catarina	20
Figura 02:	Organograma da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 01:	Categoria dos servidores entrevistados	82
Tabela 02:	Sexo dos servidores entrevistados	83
Tabela 03:	Idade dos servidores entrevistados	84
Tabela 04:	Estado Civil dos servidores entrevistados	85
Tabela 05:	Escolaridade dos servidores entrevistados	86
Tabela 06:	Cargo/Função exercida pelos servidores entrevistados	87
Tabela 07:	Setores da UFSC em que os servidores entrevistados estão vinculados	88
Tabela 08:	Cidade em que os servidores entrevistados residem	89
Tabela 09:	Grau de Parentesco dos familiares doentes em relação aos servidores entrevistados	90
Tabela 10:	Idade dos familiares doentes dos servidores entrevistados	92
Tabela 11:	Situação sócio-econômica dos familiares doentes dos servidores entrevistados	92
Tabela 12:	O familiar doente do servidor entrevistado possui ou não plano de saúde ...	93
Tabela 13:	Local que os familiares doentes dos servidores entrevistados necessitam dos cuidados	94
Tabela 14:	Tipo da doença dos familiares doentes dos servidores entrevistados	95
Tabela 15:	Quadro da doença dos familiares doentes dos servidores entrevistados	96
Tabela 16:	Cuidados necessários com os familiares doentes dos servidores entrevistados	97
Tabela 17:	Período (mês/ano) da solicitação da licença pelo servidor entrevistado	98

Tabela 18:	Número de dias solicitados no primeiro atendimento pelos servidores entrevistados	99
Tabela 19:	Prorrogações da licença solicitadas pelos servidores entrevistados	100
Tabela 20:	Número de dias solicitados de prorrogação pelo servidor entrevistado	101
Tabela 21:	Como foi o trâmite do processo de solicitação da licença	106
Tabela 22:	Você já havia solicitado a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família	107
Tabela 23:	Já solicitou afastamento de saúde para si, mas com o intuito de cuidar de algum familiar doente	108
Tabela 24:	O tempo que você usufruiu da licença foi suficiente para encaminhar a situação de saúde do seu familiar	110

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CA – Colégio de Aplicação
CCE – Centro Comunicação e Expressão
CF/88 – Constituição Federal do Brasil de 1988
CFH – Centro de Filosofia e Ciências Humanas
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CPUAD – Coordenação de Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas
CTC – Centro Tecnológico
CUn – Conselho Universitário
DCF – Departamento de Contabilidade e Finanças
DDAP – Departamento de Desenvolvimento de Administração de Pessoal
DDAS – Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde
DDPP – Departamento de Desenvolvimento de Potencialização de Pessoas
DiSS – Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor
DMSG – Departamento de Material e Serviços Gerais
DSST – Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho
ETUSC – Escritório Técnico Administrativo da UFSC
GO – Gabinete Odontológico
HU – Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago
IFETs – Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia
JMO – Junta Médica Oficial
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
MEC – Ministério da Educação
NDI – Núcleo de Desenvolvimento Infantil
PAS – Programa de Atenção à Saúde
PRAC – Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária
PRAE – Pró-Reitoria de Assuntos Estudantil
PRDHS – Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social
PREG – Pró-Reitoria de Ensino e Graduação
PROINFA – Pró-Reitoria de Infra-Estrutura
PRPE – Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão

PRPG – Pró-Reitoria de Pós-Graduação

RJU – Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas e Federais

REUNI – Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais

RU – Restaurante Universitário

SeST – Serviço de Segurança do Trabalho

SIASS – Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor

SISOSP – Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Civil da Administração Pública Federal

SSO – Serviço de Saúde Ocupacional

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
1. DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL – ATENÇÃO AO SERVIDOR (DiSS): LÓCUS DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO A LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA	18
1.1 CARACTERIZANDO A INSTITUIÇÃO DE ATUAÇÃO DA DISS: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA.....	19
1.1.1 Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social – PRDHS	22
1.1.1.1 O Serviço Social e a Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor	23
1.2 O REGIME JURÍDICO DOS SERVIDORES PÚBLICOS E A LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA	30
1.3 A PARCERIA ENTRE O SERVIÇO SOCIAL DA DISS E JUNTA MÉDICA OFICIAL DA UFSC	33
1.3.1 O Processo Interventivo do Serviço Social da DiSS junto à solicitação da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família	36
1.4 A POLÍTICA DE ATENÇÃO A SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL ...	42
2. PROTEÇÃO SOCIAL: UM OLHAR ACERCA DO PAPEL DO ESTADO E DA FAMÍLIA	47
2.1 PROTEÇÃO SOCIAL EM QUESTÃO	47
2.1.1 O Estado de Proteção Social na ótica do Bem-Estar Social	51
2.1.1.1 A Proteção Social no Estado Brasileiro	56
2.1.1.1.1 <i>O Tripé da Seguridade: Avanços e Retrocessos</i>	59
2.2 A CENTRALIDADE DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DA PROTEÇÃO SOCIAL	62
2.2.1 A Proteção Social exercida pela Família Brasileira	65
2.2.2 O Cuidar de um Membro da Família	67
2.3 PROTEÇÃO SOCIAL: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O ESTADO E A FAMÍLIA	71
3. LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA COM A PALAVRA OS USUÁRIOS DA DISS	76
3.1 CONSTRUINDO A PESQUISA: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	76

3.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA	80
3.2.1 O Perfil dos Sujeitos da Pesquisa	82
3.2.2 Características do Familiar Doente	90
3.2.3 Dados da Licença	98
3.2.4 O acesso a um direito	102
3.2.5 A rede de proteção social do servidor	111
3.2.6 A família e seu significado	118
3.2.7 A avaliação da intervenção social	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS	134
APÊNDICES	142
Apêndice A: Roteiro da Entrevista	143
Apêndice B: Termo de Consentimento	148
ANEXOS	151
Anexo A: Formulário de Atendimento	152

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem seu tema ancorado em indagações surgidas no decorrer da experiência de estágio Curricular Obrigatório I e II vivida pela pesquisadora, entre o período de março a dezembro de 2009, junto a Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor (DiSS) na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A DiSS tem como objetivo desenvolver ações centradas na temática de trabalho e saúde visando à proteção social e a garantia de direitos dos servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC. Neste sentido, uma das frentes de trabalho da DiSS é o atendimento em parceria com a Junta Médica Oficial (JMO) aos servidores que solicitam a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. Destacamos que o referido estágio teve suas atividades desempenhadas principalmente, junto a esses atendimentos.

A Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família é um direito previsto no Regime Jurídico Único (RJU) para os servidores públicos federais a ser usufruído na situação deste estar impossibilitado de conciliar suas atividades laborativas com os cuidados do familiar adoecido.

A intervenção do Serviço Social da DiSS junto a essa demanda iniciou-se de forma sistematizada no segundo semestre de 2008, quando constatou-se que muitos servidores que estavam de licença médica prolongadas possuíam ou possuíram algum familiar adoecido que necessita ser “cuidado” preferencialmente por esse servidor.

Esta intervenção feita pelo Serviço Social tem como principais objetivos: informar o servidor das questões legais pertinentes à licença, orientando sobre o direito e os procedimentos pertinentes à sua solicitação; avaliar e se necessário encaminhar possíveis recursos sociais e de saúde, que contribuam no atendimento das demandas do familiar adoecido; e realizar uma reflexão com o servidor sobre sua condição de “cuidador” enfatizando sobre a importância do cuidar de si ao cuidar do outro.

Neste sentido, o tema da pesquisa suscitado da experiência de estágio, tem o intuito de colaborar para a construção dessa intervenção, à medida que buscamos reconhecer a demanda desses servidores, indo de encontro com um dos objetivos já propostos desse trabalho que é avaliar e encaminhar recursos sociais e de saúde para esse servidor e seu

familiar adoecido. Para isso, verificamos, a necessidade de primeiro reconhecer qual a rede de proteção social esse servidor busca ao retirar a licença para que assim, se possa construir uma proposta que vá de encontro com a real necessidade desse servidor.

Ao nos referirmos à proteção social concordamos com Di Giovani (1998) ao afirmar que os sistemas de proteção são “as formas – às vezes mais, às vezes menos institucionalizadas – que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros” (DI GIOVANI, 1998, p.10). Esse mesmo autor identifica que esses sistemas decorrem tanto de aspectos da vida natural e social, quanto das formas seletivas distribuição e redistribuição de bens materiais e culturais e, ainda inclui, “os princípios reguladores e as normas que, com intuito de proteção, fazem parte da vida das seletividades” (DI GIOVANI, 1998, p.10).

Assim, entendemos que a proteção social se traduz nos meios pelos quais o Estado, a sociedade ou a família se utilizam para proteger seus membros dos riscos sociais. Portanto, identificamos que a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família é um fator de proteção social ofertado pelo Estado aos servidores públicos federais, porém, ela por si só, não atende a necessidade do servidor que a solicita na sua totalidade, pois para prestar cuidados a um familiar adoecido o servidor necessita acessar outros recursos que possam atender a sua demanda.

Desta maneira, a presente pesquisa teve como ponto de partida a seguinte indagação: Qual a rede de proteção social acionada pelo servidor técnico-administrativo e docente da UFSC que solicita a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família ao encontrar-se com um familiar adoecido?

A partir desse questionamento elencou-se os seguintes objetivos: 1) Geral: investigar qual a rede de proteção social o servidor pode acionar, além de solicitar a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, para poder encaminhar a situação de doença de um de seus membros da família; 2) Específicos: a) verificar em que circunstâncias o servidor conheceu a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família; b) identificar o que o servidor entende por Proteção Social e como constitui a sua rede de proteção social; c) conhecer o significado atribuído à família, ou seja, qual a importância e o significado que o servidor atribui a instituição familiar; d) constatar qual a percepção que o servidor tem acerca do atendimento realizado em parceria entre a JMO da UFSC e o Serviço Social da DiSS.

Desta maneira estruturamos o trabalho da seguinte forma: a primeira seção se preocupa em localizar o leitor quanto ao campo de estágio, qual seja, a DiSS, a parceria entre a DiSS e a JMO que possibilitou a identificação da necessidade de se propor um trabalho junto a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, apresentamos também a própria licença e o processo de intervenção do serviço social junto a essa demanda.

A segunda seção traz uma reflexão sobre a proteção social e o papel do Estado e da família neste âmbito, por entendermos que a referida licença é um fator de proteção social assegurado pelo Estado aos servidores públicos federais regidos pelo RJU, porém, ao mesmo tempo, identificamos que esse mesmo Estado em certa medida responsabiliza a família em dar conta de suprir a demanda de saúde do seu familiar em nome da função protetiva exercida pela família.

Na terceira seção apresentaremos a pesquisa realizada com os servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC que solicitaram a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família no período entre agosto de 2008 a setembro de 2009, fazendo um recorte desse universo composto por 38 (trinta e oito) atendimentos, optando então, em entrevistar 10 (dez) servidores que compunham esse universo. Além de apresentar os dados obtidos nas entrevistas através do perfil dos servidores entrevistados, realizaremos também uma análise das respostas obtidas aos questionamentos feitos na entrevista e possíveis sugestões para a atuação do Serviço Social frente a esta demanda.

Remetendo as considerações finais, o trabalho apresenta reflexões para o Serviço Social sobre os resultados obtidos durante o desenvolvimento das etapas de sua construção, com vistas a responder às indagações que motivaram o estudo, bem como, fazer uma articulação com o alcance dos objetivos propostos.

1. DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL – ATENÇÃO AO SERVIDOR (DiSS): LÓCUS DA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO E A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO A LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

Nesta primeira seção, apresentaremos o lócus da experiência de estágio da intitulada pesquisa. Acreditamos ser de extrema importância, primeiramente, compreender o trabalho realizado pela Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor (DiSS), elucidado pela teoria do Serviço Social, para depois localizar dentro desse contexto a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

Assim, inicialmente apresentaremos brevemente a instituição na qual a DiSS está inserida, qual seja, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sua estrutura administrativa, enfatizando a Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS), na qual a DiSS está inserida.

Dando continuidade, enfatizaremos a atuação profissional do Serviço Social na DiSS, caracterizando seu surgimento, sua estrutura física e profissional, seus objetivos dentro do contexto institucional, sua demanda, e por fim, a prática profissional do Assistente Social na DiSS, atuando em diferentes espaços dentro da UFSC. Em seguida destacaremos o trabalho do Serviço Social realizado frente às solicitações de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, em parceria com a Junta Médica Oficial (JMO) dessa Universidade.

Para tanto, contextualizaremos e analisaremos a intervenção realizada pelo Serviço Social da DiSS junto aos servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC, que solicitam a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

Neste sentido, apresentaremos a referida licença, em conformidade com o RJU, informando quem pode usufruir desse direito, o tempo em que ela pode ser permitida, quais categorias familiares abarca e em que circunstâncias ela irá ser homologada.

Em seguida, discutiremos o trabalho realizado pelo Serviço Social da DiSS em parceria com a Junta Médica Oficial da UFSC, que permitiu ao Serviço Social identificar a necessidade de acompanhar os servidores que solicitam essa licença. Finalizamos esta seção detalhando o trâmite pelo qual o servidor/solicitante passa ao requerer a licença e, dessa

forma, apresentaremos o processo de trabalho do Serviço Social nesse contexto, fazendo uma análise dessa intervenção.

1.1 CARACTERIZANDO A INSTITUIÇÃO DE ATUAÇÃO DA DISS: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

A Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) foi criada pela Lei nº 3.849, de 18 de dezembro de 1960 e sancionada pelo presidente Juscelino Kubitschek. Inicialmente reunia as faculdades de Direito, Medicina, Farmácia, Odontologia, Filosofia, Ciências Econômicas, Serviço Social e a escola de Engenharia Industrial, instalada oficialmente em 12 de março de 1962. Com o Decreto 64.824, de 15 de julho de 1969, as Faculdades foram extintas e assim, criou-se a Universidade com a sua atual estrutura didática e administrativa.

A UFSC apresenta como missão:

produzir, sistematizar e socializar o saber filosófico, científico, artístico e tecnológico, ampliando e aprofundando a formação do ser humano para o exercício profissional, a reflexão crítica, solidariedade nacional e internacional, na perspectiva da construção de uma sociedade justa e democrática e na defesa da qualidade de vida¹.

Configura-se como pessoa Jurídica de Direito Público, de natureza autárquica, especial para ensino, pesquisa e extensão. É vinculada ao Ministério da Educação (MEC), possuindo autonomia administrativa, didático-científica, gestão financeira e disciplinar. É regida por Legislação Federal que lhe for pertinente, pelo seu Estatuto, pelo Regimento Geral, pelos Regimentos dos Órgãos da Administração Superior e das Unidades Universitárias e pelas Resoluções de seus Órgãos (Estatuto da UFSC, 2004).

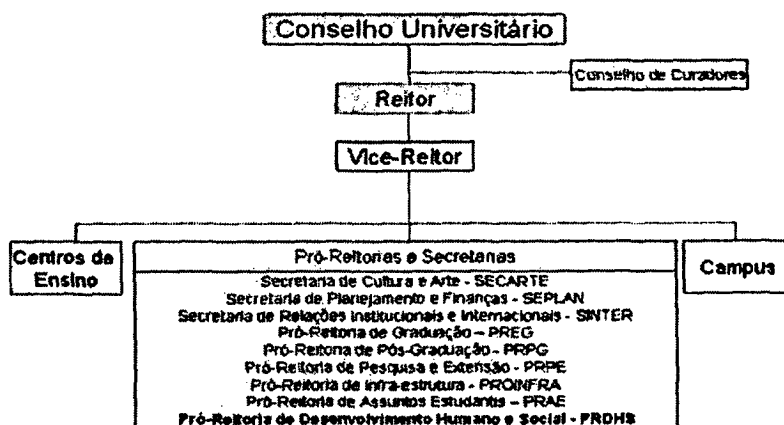
Seu órgão administrativo central é composto pelo Reitor e Vice-Reitor por meio de eleição direta com voto paritário e proporcional, da seguinte forma: 1/3 servidores docentes, 1/3 servidores técnico-administrativos e 1/3 estudantes. O período de duração previsto para o

¹ Missão aprovada pela Assembléia Estatuante em 04/06/93.

mandato é de quatro anos, mas pode ser reconduzido por mais quatro, porém essa determinação está sujeita à homologação do Conselho Universitário (CUn) e do MEC.

Com a finalidade de auxiliar o Reitor em suas tarefas executivas, a Universidade conta, em sua estrutura administrativa, com Pró-Reitorias e Secretarias Especiais integrantes da Administração Superior da Universidade. Atualmente, é composta por seis Pró-Reitorias, sendo três visando atender ao objetivo fim da instituição, ou seja, ensino, pesquisa e extensão², três que visam ao objetivo meio da instituição³ e, três Secretarias Especiais⁴. É importante destacar que o reitor tem autonomia para realinhar esta formação conforme sua plataforma política, sendo que tal estrutura administrativa deverá ser votada no CUn. Sendo assim, dentre os órgãos deliberativos, o mais importante é o CUn, que possui representação dos diretores dos Centros de Ensino, dos servidores técnico-administrativos e docentes, e dos estudantes (SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009, p.02).

Figura 1 – Organograma da Universidade Federal de Santa Catarina.



Em sua estrutura a UFSC também conta com 11 Centros de Ensino, com o Colégio de Aplicação (CA) que oferece ensino fundamental e médio e com o Núcleo de Desenvolvimento Infantil (NDI) que atende crianças de três meses até seis anos de idade, filhos de servidores e alunos. Há ainda dois Colégios Agrícolas (Araquari e Camboriú) que

² Pró-Reitoria de Ensino de Graduação (PREG), Pró-Reitoria de Pós-Graduação (PRPG) e a Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão (PRPE).

³ Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE), Pró-Reitoria de Infra - Estrutura (PROINFA) e Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS).

⁴ Secretaria de Planejamento e Finanças, Secretaria de Relações Institucionais e Internacionais e Secretaria de Cultura e Arte.

estão em processo de desmembramento da Universidade para tornarem-se Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia (IFETs).

Cabe aqui pontuar que a atual gestão, com início em 2008 tendo como Reitor o Professor Álvaro Toubes Prata e Vice-Reitor o Professor Carlos Alberto Justo da Silva, tem como um dos seus pontos mais relevantes em sua administração, a adesão ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), aprovado em votação pelo CUn no dia 27 de novembro de 2007.

Com início no ano de 2008 e conclusão prevista para 2012, o REUNI “é uma das ações integrantes ao Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE) e foi instituído em reconhecimento ao papel estratégico das universidades – em especial do setor público – para o desenvolvimento econômico e social” (BRASIL, 2009, s/p). Tem como objetivo estimular a reestruturação acadêmica e o aumento do número de vagas no ensino superior público federal. As universidades que aderiram o REUNI receberam uma verba destinada ao custeio das despesas com a reestruturação dos espaços e com a contratação de professor-equivalente e técnico-administrativo. A UFSC está usando essa verba para a sua ampliação, criando três novos campus, um em Joinville, um em Curitiba e outro em Araranguá, e também para a construção e ampliação de novos prédios no campus de Florianópolis.

Diante das suas proporções, a Universidade conta, para o seu funcionamento, com os mais diversos tipos de serviços, tais como: Prefeitura, Ouvidoria, Biblioteca, Imprensa, Editora, Restaurantes, Agências Bancárias e de Correios, etc. Se de um lado forma diversos profissionais, de outro é campo de trabalho para as mais variadas profissões, contando no momento com 1.773 docentes na ativa; 1.100 docentes aposentados; 3.250 técnico-administrativos na ativa; 2.436 técnico-administrativos aposentados; e 546 pensionistas (SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009)⁵. Por ser um órgão Federal, todos os profissionais que trabalham na UFSC são identificados como servidores públicos federais e são regidos pela Lei n. 8.112 de 11 de dezembro de 1990 que dispõe sobre o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas Federais (RJU).

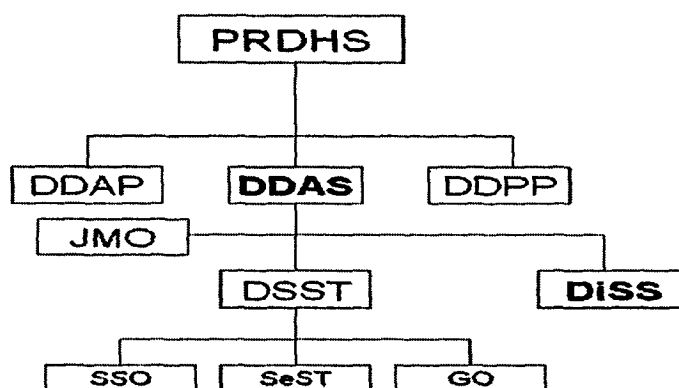
Em seguida, descreveremos a Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS), a sua função dentro da UFSC e a sua estrutura administrativa, a fim de identificarmos dentro dessa pró-reitoria o Serviço Social na Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor (DiSS).

⁵ Dados que oscilam tendo em vista a entrada de novos servidores, aposentadorias, falecimentos, etc.

1.1.1 Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social – PRDHS

A Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS) foi criada com o objetivo de auxiliar o Reitor em suas tarefas executivas na área de gestão de desenvolvimento humano, destinada à melhoria do nível de qualidade de vida no trabalho dos servidores técnico-administrativos e docentes. De acordo com informações encontradas no seu site, essa se configura em um órgão executivo central da administração superior da UFSC, almejando atender aos anseios da comunidade universitária, para uma nova visão das relações humanas na Instituição.

Figura 2 – Organograma da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social.



Conforme o organograma da PRDHS, esta possui três departamentos, quais sejam: Departamento de Desenvolvimento de Potencialização de Pessoas (DDPP); Departamento de Desenvolvimento de Administração de Pessoal (DDAP); e Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde (DDAS). Este último desenvolve e implementa políticas de promoção à saúde e à segurança do trabalho, otimizando o processo de interação no trabalho, bem como de políticas de assistência social (PRDHS, 2009).

O DDAS, por sua vez, é composto pela Divisão de Saúde e Segurança do Trabalho (DSST), onde estão vinculados o Gabinete Odontológico (GO), o Serviço de Saúde Ocupacional (SSO), o Serviço de Segurança do Trabalho (SeST) e a Medicina do Trabalho (MT). Também estão vinculados a esse departamento a Junta Médica Oficial (JMO) que

oferece avaliação, laudos e perícias médicas, e a Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor (DiSS).

Assim, contextualizaremos o Serviço Social, representado pela Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor (DiSS) e suas ações dentro dessa pró-reitoria, por se tratar do local que a intitulada realizou o estágio.

1.1.1.1 O Serviço Social e a Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor

Com vistas à melhoria das condições de vida dos trabalhadores e dos estudantes, na década de 70, a Universidade Federal de Santa Catarina implantou o Serviço Social na instituição, que ficava subordinado à Pró-Reitoria de Assuntos da Comunidade Universitária (PRAC). Em 2004, a PRAC foi extinta para a criação de duas novas Pró-Reitorias: a Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis (PRAE) e a Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS), mantendo ainda hoje essa estrutura. Seguindo a lógica desta nova estrutura administrativa, o Serviço Social também foi desmembrado, surgindo o Serviço Social que atua junto às demandas apresentadas pelos estudantes, subordinado à PRAE, e o Serviço Social que atende às demandas apresentadas pelos servidores, subordinado à PRDHS e representado pela DiSS.

A DiSS está vinculada ao Departamento de Desenvolvimento de Atenção Social e à Saúde (DDAS) da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS) e cabe a ela atender os servidores técnico-administrativos e docentes da Universidade Federal de Santa Catarina, desenvolvendo ações centradas na temática de trabalho e de saúde, visando à proteção social e à garantia de direitos dos mesmos. Dessa maneira, o Serviço Social na DiSS tem como objetivo desenvolver

[...] ações junto aos servidores na perspectiva da garantia de acesso aos bens e serviços internamente e externamente a UFSC, e da ampliação de serviços sociais de atenção integral ao servidor. Além de elaborar, coordenar e executar programas na área social desenvolvendo atividades que atendam as demandas sociais dos servidores em uma dimensão individual, coletiva e interdisciplinar (SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009, p.04).

Podemos observar, dentro dos objetivos do Serviço Social da DiSS, princípios do Projeto Ético-Político do Serviço Social e do Código de Ética do Assistente Social que estão intimamente ligados entre si.

Em relação ao Projeto Ético-Político do Serviço Social, destacamos principalmente o que diz respeito a sua dimensão política, uma vez que a DiSS desenvolve ações que buscam tanto garantir o acesso a bens e serviços, quanto à ampliação de serviços sociais ao servidor. Verificando assim, de acordo com Netto (2006), que a dimensão política que se fala nesse projeto perpassa por ações dessa natureza, evidenciada quando este enuncia seu posicionamento a favor da *equidade* e da *justiça social*, almejando a universalização do acesso a bens e serviços relativos às políticas e programas sociais; a *ampliação* e a *consolidação da cidadania*, garantindo os direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras.

Já no que diz respeito ao Código de Ética do Assistente Social, tendo em vista os deveres do Assistente Social, destacamos em relação aos usuários o de “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional (...)” e em relação às instituições empregadoras o de “programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente” (BRASIL, 2006, p.42 e 43).

A DiSS encontra-se atualmente no prédio da reitoria no andar térreo, e sua equipe de trabalho está composta atualmente por 04 (quatro) Assistentes Sociais⁶, contando também com 02 (duas) estagiárias, 01 (um) estagiário e 01 (uma) bolsista, todas (os) acadêmicas (os) de Serviço Social do curso oferecido pela UFSC.

O Serviço Social da DiSS tem como usuários os servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC, esses possuem características importantes que devem ser consideradas pelo Serviço Social ao propor sua intervenção, tais como: estabilidade adquirida, diversidade na escolaridade que vai do semi-alfabetizado ao Ph.D, faixa etária heterogênea, nível sócio-econômico diferenciado, profissões diversas, etc. Assim, um dos desafios apresentados para as profissionais da DiSS é atender uma gama diferenciada de demandas dentro de em mesmo contexto sócio-ocupacional (SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009, p.05).

É importante destacar, também, que esses servidores permanecem na Instituição por volta de 30 a 35 anos e quando se aposentam, por tempo de serviço ou por possuírem alguma

⁶ Uma das profissionais encontra-se em Licença Capacitação, realizando Mestrado. Desta maneira 03 (três) Assistentes Sociais estão em exercício na DiSS até o presente momento.

doença incapacitante, muitas vezes continuam procurando atendimento do Serviço Social da Instituição, e mesmo diante ao falecimento do servidor, seus familiares permanecem tendo vínculo com a DiSS.

A atuação do Serviço Social da DiSS se dá numa realidade permeada por contradições vivenciadas em toda sociedade que também se reproduz no espaço universitário. Neste sentido, resgatamos as palavras de Chauí ditas em 2003, no Seminário Universidade: Por que e como Reformar? Quando destaca:

A universidade é uma instituição social e como tal exprime de maneira determinada à estrutura e o modo de funcionamento da sociedade como um todo. Tanto é assim que vemos no interior da instituição universitária a presença de opiniões, atitudes e projetos conflitantes que exprimem divisões e contradições da sociedade como um todo (CHAUÍ *apud* SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009, p.02).

Vejamos o que as Assistentes Sociais da DiSS citam, como exemplos, a esse respeito, no documento por elas produzido e apresentado na Semana do Serviço Social, em 2009, na UFSC:

[...] as relações clientelistas em que muitos cargos (de confiança) são ocupados por indicações políticas e não por mérito de qualificações; jornada de trabalho diferenciada; relações de poder entre docentes e técnicos; contradições entre incentivo à qualificação e sub-utilização desses profissionais” (SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009, p.02/03).

Sobre esse contexto não podemos deixar de mencionar que por muito tempo o Serviço Público e, em especial, a UFSC sofreram com a falta de investimento, com ameaça de privatização sucateando essas estruturas, reduzindo investimentos principalmente no que se referia aos recursos humanos, que se retrataram na “ausência de concursos públicos, perdas salariais, exigências de produtividade e sobrecarga de trabalho, condições de trabalho inadequadas, etc” (SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009, p.03). Porém na presente conjuntura se faz necessário referendarmos que:

[...] no momento atual a UFSC vêm refletindo o contexto de mudanças na estrutura das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) desencadeado com a reestruturação das Universidades e culminando com o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) que tem como objetivo “criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação

superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais” (decreto de Lei nº 6.094) [...] (SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009, p.03).

Não estamos propondo, aqui, iniciarmos uma discussão sobre esses aspectos levantados, apenas estamos sinalizando-os, pois acreditamos que esses fatores se refletem no cotidiano dos usuários da DiSS, sendo essa leitura fundamental para compreendermos a atuação do Assistente Social no contexto universitário.

Assim, nesta perspectiva, vale destacar que realizar essa *análise de conjuntura*⁷ é de extrema importância para que o profissional de Serviço Social possa propor ações que venham a atender as demandas apresentadas por seus usuários, uma vez que, “quanto mais nos aproximamos de uma realidade social, mais a trama apresenta nuances dignas de observação, que merecem considerações sobre sua singularidade, num processo para a intervenção social” (CARDOSO, 2008, p.29), sabendo que é através de uma maior proximidade com a realidade que o Assistente Social terá bases concretas para realizar uma intervenção comprometida com os direitos e necessidades dos usuários.

Retomando a questão das demandas do Serviço Social da DiSS, temos que essas chegam através de encaminhamentos de setores da Universidade, como as chefias e a JMO e também espontaneamente, onde o servidor e/ou sua família procura o Serviço Social. Desta maneira, as atividades desenvolvidas pela DiSS voltam-se às demandas apresentadas pelos servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC, com ações centradas na temática trabalho e saúde⁸, tendo em vista a proteção social e a garantia de direitos dos seus usuários. Desta maneira, as principais demandas apresentadas ao Serviço Social da DiSS são:

[...] questões relacionadas à sua própria saúde ou do seu familiar, licença médicas prolongadas, absenteísmo, doenças e acidentes do trabalho, aposentadorias, dúvidas sobre legislação, benefícios, solicitação de tratamentos suplementares, troca de setores (remoção, redistribuição), dependência química, transtornos afetivos diversos com interfaces nas relações sociais (depressão, stress, transtorno bipolar, etc.), dificuldades de relacionamento interpessoal no trabalho, entre outros (SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009, p.05).

⁷ Neste sentido definimos a *análise de conjuntura* como sendo a “leitura crítica da realidade, uma leitura especial e aprofundada da mesma, que se faz sempre em função de uma finalidade” (MARTINELLI, 1990, s/p)

⁸ O Serviço Social da DiSS toma como norte, nesse sentido, Freire quando nos aponta que a saúde manifesta-se “no seu estado bio-psíquico, que se relaciona com as condições materiais e sociopolíticas presentes no espaço de trabalho e da vida do trabalhador. Estas, por sua vez, são determinadas principalmente pelas relações sociais de produção, no âmbito da sociedade capitalista” (SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009, p.4).

Destacamos ainda que as demandas apresentadas não se esgotam aqui, pois diante das mudanças ocorridas na vida cotidiana e, concordando com Falcão (1989) quando afirma que é nesta vida cotidiana que o assistente social realiza sua prática, a DiSS vem observando que nos últimos anos além das demandas já atendidas até o momento novas situações começam a emergir, tais como:

[...] um maior número de docentes que buscam atendimento; servidores em início de carreira com afastamentos prolongados relacionados à saúde; inclusão de servidores portadores de deficiência; maior número de servidores em processo de aposentadoria e solicitação de reversão de aposentadoria; aumento do número de servidores com problemas de saúde que interferem no trabalho e vice-versa (SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009, p.05).

Iamamoto (1997) ressalta os desafios vividos na contemporaneidade pelos Assistentes Sociais, sendo um dos maiores a “capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes do cotidiano” (IAMAMOTO, 1997, p.8), fazendo com que o Assistente Social deixe de ser apenas um profissional executivo, para se tornar também um profissional propositivo. E isso só se torna possível quando o profissional investiga e conhece as reais necessidades, individuais ou coletivas, de seus usuários, e propõe uma intervenção pautada na matriz teórico-metodológica que direciona o seu projeto profissional.

Antes de destacarmos quais as ações que o Serviço Social vem realizando na DiSS, frente as demandas a ele apresentadas, consideramos importante colocarmos nesse momento em cena os três processos interventivos inerentes à profissão que nos são apresentados por Miotto (2006), pois acreditamos que tais ações da DiSS, perpassam pelos processos elencados pela autora. Entre eles podemos mencionar:

1) *Processos Político-Organizativos* – possui como foco principal dinamizar e instrumentalizar a participação social, respeitando o potencial político e o tempo dos sujeitos envolvidos. As ações propostas por esse processo “consideram sempre as necessidades imediatas, mas prospectam a médio e a longo prazos a construção de novos padrões de sociabilidade entre os sujeitos” (MIOTTO, 2006, p.25).

2) *Processos de Planejamento e Gestão* – são as ações profissionais com enfoque no planejamento institucional – relacionadas à gestão, à gerência e ao planejamento de políticas e serviços no âmbito das instituições, programas e empresas – e no planejamento profissional –

relacionadas às ações de sistematização e de racionalização das ações profissionais. Nestes processos o objetivo maior é buscar a melhor maneira de executar as ações profissionais, ampliando “a qualidade dos serviços, construindo subsídios para os sujeitos de modo a influenciar nas diferentes instâncias decisórias e de planejamento das políticas públicas e das instituições, como também influenciar nas formas de realizar a profissão (MIOTO, 2006, p.28).

3) *Processos Sócio-Assistenciais* – configuram-se em um “[...] conjunto de ações profissionais desenvolvidas no âmbito da intervenção direta com os usuários e com as famílias nos diferentes níveis de complexidade dos serviços e das instituições” (MIOTO, 2006, p.29). Estando presente nesses processos ações: sócio-terapêuticas, que trata do acolhimento e da assistência de questões que fragilizam os sujeitos e as famílias; sócio-educativas, que socializa informações e desenvolve um processo reflexivo entre profissional e usuário; sócio-emergenciais, que atendem as demandas de caráter emergencial relacionadas às necessidades básicas, e periciais, na elaboração de parecer social que subsidiará a decisão de outrem (MIOTO, 2006).

Desta maneira, reafirmamos que é no momento em que os usuários apresentam suas demandas, “quer sejam de caráter coletivo ou singular” (MIOTO, 2006, p.24), que o Assistente Social irá delimitar seu objetivo e qual a ação deve ser efetuada, “localizando-a dentro dos limites e possibilidades colocadas pela natureza dos espaços sócio-ocupacionais” (MIOTO, 2006, p.24). Assim, os profissionais do Serviço Social da DiSS, no período que contempla o ano de 2008 até o presente momento, possuem suas ações⁹ voltadas para as seguintes frentes de trabalho:

- Trabalho com a Junta Médica Oficial através de Equipe Transdisciplinar de Saúde, para discutir e encaminhar conjuntamente demandas relacionadas à questão de saúde e trabalho dos servidores;
- Articulação com os demais departamentos da Pró-Reitoria (DDPP, DDAP, DDAS) a fim de encaminhar as situações de saúde do trabalho, na perspectiva de encaminhar propostas na garantia de direitos que possibilitem a atenção social integral do servidor;
- Orientação e encaminhamentos aos servidores e seus familiares quanto a procedimentos administrativos referentes ao RJU, como licenças médicas, licenças por

⁹ Informações obtidas da apresentação feita pelas profissionais da DiSS na Semana de Serviço Social de 2009 na UFSC.

motivo de doença em pessoa da família, prorrogação de licença maternidade, aposentadorias, remoções, etc;

- Construção de uma rede de serviços (Projeto Rede Cidadã) internos e externos à UFSC nas áreas de psiquiatria e outras especialidades da medicina, psicologia, dependência química, pedagogia, terapias complementares, atendimento jurídico-social, postos de saúde, hospitais, medicamentos de alto-custo, tratamento fora de domicílio, previdência, assistência social, entre outros;

- Parcerias com profissionais de medicina, psicologia e terapias complementares para os encaminhamentos de saúde;

- Trabalho com as chefias no sentido de discutir as situações trazidas pelos servidores desde lotação, processo de trabalho, relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho, questões familiares que interferem no trabalho ou vice-versa, e outros;

- Participação em comissões projetos em parceria com outros setores da UFSC para encaminhar as demandas de forma coletiva e preventiva: Coordenação de Prevenção ao Uso Abusivo de Drogas (CPUAD), Equipe Multiprofissional de Acompanhamento do Ingresso e Permanência de Servidores Portadores de Deficiência, trabalho com grupos de novos servidores, proposta de intervenção para atender demandas específicas dos professores, Projeto Comemorando a UFSC;

- Assessoria e atendimento em setores da UFSC, atualmente: Núcleo de Desenvolvimento Infantil (NDI), Biblioteca (BU), Junta Médica Oficial (JMO), Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS);

- Planejamento e execução de projetos específicos para atendimentos das demandas apresentadas no cotidiano profissional: Projeto Cuidar, Projeto de Aposentadoria, Projeto Rede Cidadã, Programa de Atenção à Saúde (PAS).

Verificamos então que as ações profissionais surgem no cotidiano profissional de forma pontual servindo como ferramenta para conhecer e identificar as prioridades de intervenção profissional, elaborando e propondo novas formas de trabalho articuladas com a garantia de direitos e de acessibilidade em uma perspectiva de proteção social integral ao servidor (SANTOS, JUNKES, PEREIRA, 2009). Dentre as ações realizadas no período 2008/2009 merece destaque a elaboração de propostas para o processo de aposentadoria do

servidor¹⁰, o Projeto Cuidar¹¹ e os atendimentos realizados aos servidores que solicitam a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

Desta maneira, a seguir iremos apresentar propriamente a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, sua regulamentação legal, a parceria entre a Junta Médica Oficial da UFSC e o Serviço Social da DiSS, que oportunizou visualizar a necessidade de uma intervenção social junto a essa demanda e o processo de trabalho que o Serviço Social da DiSS realiza junto aos servidores que a solicitam.

1.2 REGIME JURÍDICO DOS SERVIDORES PÚBLICOS E A LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

A Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família é uma das licenças previstas aos servidores públicos regidos pelo Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas e Federais (RJU), desta maneira é importante esclarecermos a função do RJU e a quem ele se aplica, para em seguida, destacarmos dentro dele a referida licença.

Ao falarmos do RJU não podemos deixar de pontuar que este é parte constituinte das leis trabalhistas, entendidas como um direito social conquistado, pois é no seu conjunto que encontraremos os direitos e deveres dos trabalhadores. Fazendo-se necessário destacarmos, neste sentido, a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), sancionada em 1943 por Getúlio Vargas, que veio instituir normas para a regulamentação das relações individuais e coletivas de trabalho. Não iremos aqui discutir o contexto em que se mostrou a necessidade de se instituir uma regulamentação específica para os trabalhadores, pois não é nosso objetivo, apenas estamos situando-a para diferenciarmos o Regime Celetista do Regime Estatutário.

¹⁰ Projeto de Aposentadoria tem como objetivo: humanizar o processo de aposentadoria dos servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC, com ações relativas ao momento de Pré-Aposentadoria e Aposentadoria.

¹¹ Projeto Cuidar desenvolve ações junto a PRDHS que estejam comprometidas com o cuidar de si, cuidar do outro e cuidar do ambiente contribuindo no processo de promoção de saúde dos seus servidores.

O Regime Celetista regulamenta as relações individuais e coletivas de trabalho dos trabalhadores urbanos e rurais, tem natureza contratual, ou seja, é celebrado um contrato de trabalho entre as partes. E, para se adaptar às mudanças da realidade, a CLT já sofreu diversas alterações, mesmo assim continua sendo um dos principais instrumentos de regulamentação das relações de trabalho e proteção aos trabalhadores. Em 1990, outro regime vem respaldar os trabalhadores que compõe as carreiras ditas típicas do Estado, qual seja o Regime Estatutário que irá regulamentar juridicamente os trabalhadores denominados de servidores públicos, que contam com a vantagem da estabilidade adquirida, um dos aspectos que os diferenciam dos Celetistas.

O Regime Estatutário entra em cena no país através da Lei n 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que estabeleceu o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas e Federais (RJU), trazendo em seu texto os direitos e deveres dos servidores públicos federais, tais como os servidores técnico-administrativos e docentes das Universidades Federais, a exemplo da UFSC.

Art. 1º Esta Lei institui o Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das autarquias, inclusive as em regime especial, e das fundações públicas federais.

Art. 2º Para os efeitos desta lei, servidor é a pessoa legalmente investida em cargo público.

Art. 3º Cargo público é o conjunto de atribuições e responsabilidades previstas na estrutura organizacional que devem ser cometidas a um servidor.

Parágrafo único. Os cargos públicos, acessíveis a todos os brasileiros, são criados por lei, com denominação própria e vencimento pago pelos cofres públicos, para provimento em caráter efetivo ou em comissão (RJU, 2006, p.07).

Vejamos o que Gomes (2008) diz a respeito deste regime em relação aos servidores das Universidades Federais:

Esta lei define os direitos, deveres e demais parâmetros que devem regular o relacionamento entre empregado e empregador. A este regime se incorporaram funcionários públicos que eram regidos pelo Estatuto dos Funcionários Civis da União, lei n.º 1.711/52 e os empregados públicos que eram regidos pelo regime celetista. Anterior a esta data, os servidores das universidades federais eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), com regime contratual de trabalho e sem vínculo empregatício estável (GOMES, 2008, apud KATO 2009, p.20-21).

Diante deste breve resgate sobre o RJU, destacamos aqui, dentre os artigos que dizem respeito aos Direitos e às Vantagens por ele assegurados aos servidores públicos, o

artigo 83 desta Lei que dispõe acerca da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família:

Art. 83. Poderá ser concedida a licença ao servidor por motivo de doença do cônjuge ou companheiro, dos pais, dos filhos, do padrasto ou madrasta e enteado, ou dependente que viva às suas expensas e conste do seu assente funcional, mediante comprovação por junta médica oficial (RJU, 2006, p.33).

A referida licença é um direito previsto em lei, aos servidores públicos que necessitarem afastar-se de suas atividades laborais para prestar auxílio aos cuidados de saúde a um familiar doente, desde que esse familiar esteja incluído no grau de parentesco estipulado no artigo acima referendado. Porém é de suma importância destacar que o servidor só poderá usufruir a licença, desde que uma Junta Médica Oficial, neste caso a da UFSC, homologue a sua solicitação.

Outro ponto relevante para que a licença seja homologada e possa ser usufruída, diz respeito ao que o inciso 1º deste mesmo artigo dispõe:

§1º A licença somente será deferida se a assistência direta do servidor for indispensável e não puder ser prestada simultaneamente com o exercício do cargo ou mediante compensação de horário, na forma do disposto no inciso II do art.44 (RJU, 2006, p.33).

Verificamos aqui que o pedido de licença poderá vir a ser homologado se o servidor justificar a JMO que sua presença é indispensável para os cuidados com o familiar doente, podendo apenas ele prestar esse auxílio à pessoa doente e sem a possibilidade de prestá-lo simultaneamente com sua atividade laborativa. A JMO da UFSC e o Serviço Social da DiSS orientam que essa justificativa deverá ser feita através de um atestado que o médico assistente¹² da pessoa doente fornece ao servidor especificando que é o mesmo quem irá prestar os cuidados, detalhando quais os cuidados necessários e em que período o servidor precisará assistir esse doente. O tempo máximo de afastamento, sem prejuízo a sua remuneração também está determinado neste artigo, temos então que:

¹² Médico Assistente é a denominação dada ao médico que acompanha a situação de saúde do familiar doente ao qual o servidor necessita cuidar.

§ 2º A licença será concedida sem prejuízo de remuneração do cargo efetivo, até trinta dias, podendo ser prorrogada por até trinta dias, mediante parecer de junta médica oficial e, excedendo estes prazos, sem remuneração, por até noventa dias (RJU, 2006, p.33).

Percebemos, assim, que para usufruir ao direito à Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, o servidor deve respeitar alguns requisitos estipulados pelo RJU, neste sentido, nos próximos itens descreveremos como esse pedido é oficializado dentro da UFSC, destacando a intervenção do Serviço Social junto ao servidor que solicita essa licença e a parceria entre Serviço Social e Junta Médica Oficial da UFSC.

1.3 A PARCERIA ENTRE O SERVIÇO SOCIAL DA DISS E JUNTA MÉDICA OFICIAL DA UFSC

Antes de iniciamos a discussão propriamente dita referente à intervenção do Serviço Social junto aos pedidos de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família solicitados pelos servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC, precisamos destacar o trabalho realizado em parceria entre JMO e o Serviço Social da DiSS, pois é através desta parceria que se pode identificar a necessidade de uma intervenção do Serviço Social frente a essa demanda.

De acordo com documentos elaborados pela DiSS, especialmente seus Relatórios Anuais, verificamos que desde 1996 o Serviço Social vem participando de reuniões semanais realizadas pela JMO com a presença também de outros profissionais, tais como: representantes da medicina, da enfermagem do trabalho, do departamento de recursos humanos, DAP-HU e do Serviço Social da DiSS, objetivando discutir as situações de saúde pelas quais os servidores vinham passando que acabavam interferindo ou não no seu trabalho, verificando, assim, possíveis encaminhamentos às situações ora apresentadas.

Nos anos que se seguem, ainda de acordo com os Relatórios Anuais da DiSS, essas reuniões continuaram a ser realizadas. Nessas reuniões, os profissionais, em decisões conjuntas, identificavam quais situações de saúde necessitavam de um acompanhamento mais apurado do Serviço Social ou mesmo de outros encaminhamentos por parte dos outros

profissionais integrantes da equipe. O Serviço Social, especificamente, teve como ponto de partida nesse trabalho o atendimento individual junto ao servidor. Nesse atendimento buscava-se resgatar o histórico da doença do servidor, sua situação funcional e pessoal, ou seja, olhando-o na sua totalidade. Realizando para tanto um processo reflexivo, buscando desvendar as possíveis causas que levaram esse servidor a adoecer e as conseqüências desse processo de adoecimento, e verificando as alternativas de tratamento e/ou encaminhamento para a situação apresentada (Kato, 2009).

Desta maneira, o Serviço Social na sua atuação tentava apurar com mais clareza as minúcias da situação vivenciada pelo servidor, “a partir do atendimento individual desencadeiam reuniões com as chefias, entrevistas com os familiares, visitas domiciliares, visitas institucionais, levantamento de recursos de saúde e sociais, etc.” (KATO, 2009, p.29), e a partir desse atendimento individualizado, teve-se a oportunidade de vislumbrar demandas coletivas para que se pudesse propor uma intervenção no sentido da construção de ações voltadas para um trabalho educativo e preventivo.

Cabe destacar que todos esses atendimentos, como qualquer outro realizado pela DiSS, sempre foram e ainda são registrados sendo “utilizados como material para a leitura da realidade, contribuindo para a identificação das demandas e conseqüentemente na articulação para a criação de novas propostas de trabalho” (KATO, 2009, p.29). Sabe-se que a sistematização de todo o processo de trabalho da atividade profissional do Assistente Social colabora para a legitimação do Serviço Social dentro da instituição que atua e ressalta a dimensão crítico-investigativa inerente a nossa profissão.

Neste sentido, Almeida (2006) afirma a importância da sistematização na atividade profissional,

O esforço de sistematização como um componente central do trabalho do assistente social não significa, portanto, apenas a geração de dados e informações, mas um processo que envolve a produção, organização e análise dos mesmos a partir de uma postura crítico-investigativa. [...] um esforço crítico, de natureza teórica, sobre a condução da atividade profissional (ALMEIDA, 2006, p.403).

Dando continuidade à identificação das atividades realizadas em parceria com a JMO, verificamos no Relatório Anual de 2008 da DiSS que as reuniões da Equipe

Transdisciplinar de Saúde¹³ continuaram sendo realizadas semanalmente, sabendo que essas reuniões devem ser mantidas nos próximos anos.

Neste momento, referendamos Silveira Neto (1987) quando diz que a reunião é um instrumento de comunicação entre pessoas que pressupõe “[...] um esforço cooperativo, o esforço de um grupo de pessoas na busca da solução de problemas” (SILVEIRA NETO, 1987, p.8). E trazendo para a perspectiva do Serviço Social, é de nosso conhecimento que a reunião faz parte dos instrumentais técnico-operativos da intervenção do profissional, Sarmiento (2005) afirma que a reunião é um instrumento usado para socializar informações e/ou tomar decisões, potencializando o coletivo. Como também não podemos deixar de citar o Código de Ética quando nos fala que o Assistente Social deve “incentivar sempre que possível a prática profissional interdisciplinar” (BRASIL, 2006, p.44). Verificamos neste contexto a incidência desse princípio na prática profissional do Serviço Social da DiSS e que essas reuniões discutem alternativas através do conhecimento específico de cada área profissional, cada um com o seu olhar especializado possibilitando desta maneira visualizar a totalidade da situação, verificando as alternativas para a possível superação da situação de saúde vivida por esses servidores.

Destacamos então que atualmente essa Equipe Transdisciplinar é composta por profissionais da medicina, da psicologia, da enfermagem do trabalho, do Serviço Social da DiSS e dos departamentos administrativos (DDAP, DDPP e DAP-HU). Kato (2009) respaldada pelo Relatório Anual de 2008 da DiSS, coloca que a parceria entre DiSS e JMO continua existindo com o

[...] intuito de possibilitar um olhar ampliado sobre a situação do servidor técnico-administrativo e docente, até mesmo porque comumente o problema da saúde do servidor traz consigo outras dificuldades no âmbito pessoal, profissional e familiar. Ocorre, conseqüentemente, a necessidade de (re)avaliar com o servidor, possibilidades e recursos de saúde e/ou demais alternativas que contribuam para a superação da realidade vivenciada, além de orientar o servidor a respeito de questões sobre a legislação que sofrem constantes mudanças e que interferem nas decisões de vida do servidor público federal, temos como exemplo as leis sobre aposentadoria (Relatório Anual DiSS 2008 *apud* KATO, 2009, p.30-31).

¹³ Nomenclatura adotada pela Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS) após monografia realizada por uma das participantes da equipe.

Assim, o Serviço Social da DiSS vem objetivando direcionar aos atendimentos um olhar ampliado frente às diferentes demandas advindas por meio dessas reuniões em parceria com a JMO, quais sejam: afastamentos prolongados por motivo de doença, afastamentos por acidente de trabalho, situações de readaptação no local de trabalho em virtude de adoecimento do servidor, entre outras situações relacionadas ao binômio saúde/trabalho.

Nesta perspectiva, diante da parceria construída entre JMO e o Serviço Social da DiSS, foi possível identificar “que alguns servidores que estavam tirando licenças médicas prolongadas, possuíam uma pessoa doente na família. Assim sendo a questão da doença na família foi vista como um espaço de trabalho na perspectiva da proteção social integral” (KATO, 2009, p.31), desta maneira, o Serviço Social verificou ser necessário fazer-se presente no processo de solicitação dos pedidos de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, pois as demandas apresentadas pelos servidores necessitavam de uma intervenção do Serviço Social.

Mesmo tendo conhecimento de que a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família está prevista no RJU desde 1990, faremos um recorte a partir de 2008, mas especificamente no segundo semestre, pois foi neste momento que o Serviço Social se propôs a organizar uma proposta sistematizada de intervenção junto aos servidores que solicitam essa licença e é essa intervenção que iremos melhor detalhar e analisar no próximo item.

1.3.1 O Processo Interventivo do Serviço Social da DiSS Junto à Solicitação da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

De acordo com o Relatório Anual de 2008 da DiSS, foi no segundo semestre do referido ano que o Serviço Social em parceria com a JMO, apresentou uma proposta de trabalho a ser realizado junto às solicitações de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. E é diante da apresentação desse trabalho que temos a oportunidade de visualizar a intervenção do Serviço Social diante da demanda, e para tanto não poderemos deixar de destacar os instrumentais que vêm sendo utilizados para a realização desta intervenção social.

Em relação à prática profissional do Assistente Social, Sarmiento (2005, p.15) afirma que “a sua relação com o objeto é intermediada por um instrumento”, desta maneira, temos que para a realização de uma intervenção o Assistente Social utiliza aparatos para sua realização, ou seja, utiliza os denominados instrumentais técnico-operativos do Serviço Social. Neste sentido, Cardoso (2008) alerta que,

É importante estarmos historicamente situados, pois para colocarmos em prática qualquer instrumental você tem que ter clareza do que está fazendo, qual é a sua sustentação teórica, técnica e pessoal. O instrumental não é algo simples, porque quando entramos em contato com uma pessoa, devemos estar preparados tecnicamente para qualquer desdobramento que acontecer (CARDOSO, 2008, p.38).

Nesta perspectiva, o Serviço Social da DiSS em sua proposta de intervenção junto às solicitações de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família se propôs, primeiramente, a elaborar um formulário próprio elencando as principais informações necessárias dos servidores que solicitarem a licença (Anexo A). Esse formulário é utilizado como um instrumento de registro da situação, nele busca-se sistematizar tanto os dados funcionais e pessoais do servidor, quanto a situação social e de saúde do seu familiar doente. Sabendo que a documentação, além de ser um instrumento que comprova os acontecimentos e as situações, também serve como subsídio para o profissional repensar e estudar novas propostas de trabalho.

Esse formulário se configura como um instrumento utilizado apenas pelo Serviço Social e por esse motivo as informações nele registradas se mantêm em sigilo profissional. Destacamos que, como se trata de um trabalho relativamente novo, no decorrer dos atendimentos verificou-se a necessidade de adaptações no formulário, diante disto, até o momento dois outros formulários já foram organizados.

A elaboração deste formulário faz parte de uma das etapas da sistematização dessa intervenção, na proposta estipulou-se também um dia da semana em que o Assistente Social que representa a DiSS nessa parceria, estaria da JMO, atualmente localizada dentro do Hospital Universitário (HU), para a realização dos atendimentos aos servidores solicitantes da licença. Nesse dia o servidor passa primeiro por uma entrevista com o Serviço Social, e em seguida é atendido por um dos médicos da JMO, que irá homologar o pedido da licença respaldado pelo atestado fornecido pelo médico assistente da pessoa doente e por um parecer da situação elaborado pelo Serviço Social. Porém, isso não significa que esse atendimento só

seja feito neste dia estipulado, principalmente em situações de emergência, esse tramite é realizado conforme a necessidade do servidor.

Outro ponto relevante se refere ao fato de que o Serviço Social vem comumente atendendo os servidores que solicitam mais de 10 (dez) dias de afastamento, pois a JMO entende que os atestados menores, geralmente, são de situações mais pontuais e esporádicas não necessitando de uma intervenção do Serviço Social. Mas quando avalia que a situação necessita de um olhar mais apurado no ponto de vista do social costuma encaminhar esse servidor à DiSS, mesmo se tratando de afastamentos menores ou de afastamentos repetitivos.

Ao falarmos dos atendimentos realizados pelo Serviço Social aos servidores que solicitam a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, concordamos com Cardoso (2008) quando diz que:

O nosso lugar é de humanizar o atendimento, é de torná-lo um espaço de direito legítimo, socialmente justo. Temos de viabilizar, para as pessoas, uma esfera individual, particular, privada, especial para elas possam sentir que ali podem conversar, que o que falarem será acolhido com respeito, e que terão possibilidade de falar o que quiserem (CARDOSO, 2008, p.24).

É nesta perspectiva que os atendimentos aos servidores são efetuados, para tanto, o Serviço Social realiza uma entrevista com esse servidor, instrumento esse que faz parte do aparato técnico-operativo do Serviço Social, e que se estabelece em forma de um diálogo entre usuário e assistente social, segundo Sarmiento (2005), ampliando a consciência de ambos à medida que o real e o concreto vão sendo desvendados.

Não convém que o profissional seja especulativo, a conversa deve fluir naturalmente, com condução técnica por parte do profissional. Cabe a ele, nortear pontos importantes, sendo aconselhável elaborar um roteiro prévio, para que o objetivo seja alcançado e se mantenha o foco no que será tratado ali (CARDOSO, 2008, p.40).

Esse diálogo¹⁴ entre profissional e usuário, de um lado, busca repassar ao servidor as informações legais dos seus direitos referentes à licença, garantindo o seu acesso a esse direito

¹⁴ “O diálogo é uma categoria importante, pois consiste em algo mais do que o simples ato de informar, envolvendo toda a relação de troca de experiência e conhecimentos entre sujeitos mediatizados pela sua própria realidade” (LIMA, 2005, p.13).

e, também, informar e avaliar/encaminhar com o servidor possíveis possibilidades que o auxiliam com os cuidados com a pessoa doente, como por exemplo, recursos sociais e de saúde para o familiar adoecido.

Os usuários do serviço social em geral não têm acesso ou domínio do conhecimento sobre os seus direitos (civis, políticos e sociais), a lógica a partir da qual esses se estruturam e os meios de exercê-los (...). A socialização das informações referentes aos direitos sociais é uma ação profissional que fortalece o usuário no acesso e no processo de mudança da realidade na qual se insere, na direção da ampliação dos direitos e efetivação da cidadania (SILVA, 2000, p.114).

Do outro lado, permite a identificação de outras necessidades do usuário, pois é através dessa entrevista que o Assistente Social tem a oportunidade de ouvir esse servidor para poder entender a situação vivenciada por ele em relação à doença de seu familiar. Neste momento, evidenciamos a importância da observação no fazer profissional do Assistente Social, com uma perspectiva crítica, aproximando-se “[...] da realidade observada para ver o aparente, identificando-o e, ser capaz de ver além do que se apresenta no imediato, do que é dado ao observador, mediante o movimento do abstrato ao concreto” (SARMENTO, 2005, p.24).

Através dessa observação, o Serviço Social teve a oportunidade de identificar que muitas vezes o fato de cuidar de um familiar doente acaba contribuindo para o adoecimento do servidor¹⁵. Desta maneira, o Serviço Social verificou a necessidade de também buscar refletir com o servidor, nesses atendimentos, “o significado de ser o cuidador de seu familiar, sempre ressaltando a importância do cuidar de si, avaliando atitudes que podem ser tomadas frente a esta situação” (KATO, 2009, p.30).

Outro fator a ser considerado nesse atendimento, é a verificação junto ao servidor da necessidade deste de algum encaminhamento de recursos sociais e/ou de saúde para auxiliar na situação de saúde do seu familiar doente. Tais como, indicações médicas, grupos de apoio sobre a doença, atividades físicas, recursos com medicamento, fraudas e outros.

Todas as alternativas e encaminhamentos sugeridos nos atendimentos são avaliados e refletidos juntamente com o servidor, não perdendo de vista o respeito às escolhas feitas por ele, afirmando sua autonomia “na perspectiva da possibilidade de livre decisão e da afirmação

¹⁵ A esse respeito ver estudo realizado por Kato (2009) intitulado: “O Serviço Social nos Processos de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família: O Cuidar do Outro e o Cuidar de Si”.

da vontade dos indivíduos e da coletividade no plano real” (LIMA, 2005, p.14). Sendo que essa liberdade de escolha nos é evidenciada no projeto ético-político profissional do Serviço Social, vejamos:

Esquemáticamente, este projeto tem em seu núcleo o reconhecimento da *liberdade* como valor central – a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas; daí um compromisso com a autonomia, a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais (NETTO, 2006, p.155).

Vislumbramos, também, que os atendimentos realizados pelo Serviço Social junto a essa demanda são exemplos da incidência do processo sócio-assistencial definido por Miotto e realizado pela DiSS, destacamos uma maior ocorrência da dimensão sócio-terapêutica por entender que é nessa ação que o profissional de Serviço Social tem a oportunidade de visualizar diversos sentimentos, expressos pelo usuário e nem sempre aparentes. E a dimensão sócio-educativa aparecendo na socialização de informações, tanto as referentes aos direitos, quanto a outros recursos sugeridos e, no processo reflexivo desenvolvido conjuntamente com o servidor e o Serviço Social, em especial na busca por resposta a sua necessidade.

Dando continuidade ao processo de intervenção do Serviço Social junto às solicitações de licença, o próximo passo, após esse atendimento ao servidor, é a elaboração de um parecer que junto ao atestado do médico assistente subsidiará a decisão do médico da JMO na homologação ou não da solicitação da licença. Assim, cabe ao Assistente Social avaliar a situação do ponto de vista do contexto social desse servidor e ao Médico avaliar situação da doença em si, detalhada no atestado médico.

Esse parecer contém a opinião do Assistente Social acerca da situação a ele apresentado pelo servidor no atendimento realizado. Sabendo que o Parecer Social constitui-se em “um instrumento de viabilização de direitos, um meio de realização do compromisso profissional com os usuários, tendo em vista a equidade, a igualdade, a justiça social e a cidadania” (SILVA, 2000, p.116). Ele é elaborado com base no estudo da situação apresentada pelo servidor, através da entrevista realizada, da observação do assistente social e das informações registradas no formulário de atendimento.

Cabe aqui ressaltar mais uma vez que o formulário de atendimento usado pelo Serviço Social não é disponibilizado, pois este é um instrumento utilizado exclusivamente

pelo Assistente Social e fica arquivado junto a DiSS. Desta maneira, o sigilo profissional é assegurado pelo código de ética do Assistente Social.

Art.16. O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o Assistente Social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.
Parágrafo único. Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário (BRASIL, 2006, p.45).

O Serviço Social não encerra seu trabalho com a elaboração do parecer à JMO, pois no atendimento que realiza, muitas vezes, evidenciam-se questões que necessitam de um maior acompanhamento, e é isto que o Serviço Social se propõe a fazer. Com frequência, os encaminhamentos são combinados no atendimento e vão se realizando posteriormente, principalmente quando por algum motivo envolve outros setores da própria Universidade ou algum outro órgão fora dela. Pode-se citar como exemplos: reuniões com Chefia, com a equipe de profissionais da JMO e/ou da DiSS, articulação de recursos sociais e de saúde internos ou externos à instituição etc.

Como já falamos, esse é um trabalho relativamente novo, pois se iniciou no segundo semestre de 2008, e ainda encontra-se em construção. Mas tanto a JMO quanto o Serviço Social da DiSS já avaliaram que essa experiência tem surtido efeitos positivos na situação apresentada pelo servidor e que esse trabalho deverá ter continuidade. Até mesmo porque em nível federal, no transcorrer dos últimos cinco anos, já se propõe a realização desse trabalho, através de uma proposta que visa tratar

[...] de questões referentes à política de saúde dos servidores, como forma de legislar relações de trabalho mais justas e equânimes, com base na proporcionalidade das garantias fundamentais, conforme prevê o Estado Democrático de Direito (BRASIL, 2009, p.46).

Assim, o Governo Federal pretende implantar a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal, organizada através do Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS), e é este o tema que trataremos no próximo item.

1.4 A POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL

Paralelo a essa iniciativa, criada através da parceria entre a JMO e o Serviço Social da DiSS apresentada anteriormente, em 2003, o Governo Federal junto a Secretaria de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão cria a Coordenação-Geral de Seguridade Social e Benefícios do Servidor e, em 2006, o Sistema Integrado de Saúde Ocupacional do Servidor Civil da Administração Federal (SISOSP)¹⁶, objetivando a construção de uma Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal. Dentro desta perspectiva, o Governo Federal elaborou uma cartilha denominada Manual para os Serviços de Saúde dos Servidores Públicos Federais¹⁷ que visava:

[...] uniformizar e padronizar o atendimento ao servidor público civil do executivo federal acometido de algum agravo à sua saúde ou que necessite de outros tipos de licença amparados pela legislação, que requeiram avaliação por uma Equipe Profissional de Saúde (BRASIL, 2006, s/p).

E ainda trazendo como objetivo:

[...] instituir tratamento igualitário e transparente em todo o Brasil, por meio do estabelecimento de protocolos, procedimentos e formulários padrão, evitando assim que situações semelhantes tenham tratamentos administrativos diferenciados, o que gera desgaste e abre espaço para demandas judiciais (BRASIL, 2006, s/p).

A equipe de saúde referendada neste manual, que também é identificada como uma equipe multiprofissional de saúde, deveria ser composta por profissionais com formação acadêmica na área da saúde como também profissionais com formação em saúde ocupacional e/ou vigilância ambiental. Desta maneira a equipe multiprofissional de saúde contaria com: Médico; Psicólogo; Assistente social; Fisioterapeuta; Terapeuta ocupacional; Nutricionista;

¹⁶ Promulgado através do Decreto 5.961, de 13 de novembro de 2006, tendo como finalidade “uniformizar procedimentos administrativo-sanitários na área de gestão de recursos humanos e promover a saúde ocupacional do servidor” (Brasil, 2006, p.01).

¹⁷ Instituído pela Portaria MOG nº 1.675, de outubro de 2006.

Enfermeiro; Auxiliar de Enfermagem; Engenheiro de Segurança; Sanitarista; Técnico de Segurança; Médico do Trabalho; Odontólogo; Fonoaudiólogo.

Entre as funções dessa equipe destacamos a realização de perícias e a elaboração de laudos e/ou pareceres especializados que deveriam subsidiar as decisões da Equipe Médico-Pericial. Assim, entre as atribuições da equipe de saúde referendada nesse manual encontramos:

[...] a perícia médica, vigilância ambiental dos locais de trabalho, vigilância à saúde do servidor, elaboração de pareceres especializados, até a elaboração e coordenação de programas de reabilitação, readaptação que visem à melhoria da qualidade de vida do servidor em todos os aspectos (BRASIL, 2006, s/p).

Já em relação às atribuições que seriam de competência exclusiva de cada um dos componentes da equipe destacamos as do Assistente Social que, entre outras, caberia a ele a elaboração de parecer social relacionada à Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

Podemos observar, de acordo com os Relatórios Anuais da DiSS, que essa equipe de saúde já havia sido pensada e já vinha se encontrando semanalmente para discutir situações de saúde dos servidores da UFSC desde de 1996, mostrando que mesmo antes do Governo Federal apresentar essa proposta a Instituição já havia percebido a necessidade de realizar esse trabalho multiprofissional. Já em relação ao parecer referente à Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, elaborado por um profissional do Serviço Social, começa a aparecer de forma mais sistematizada na UFSC no segundo semestre de 2008, embora antes já se atendia essa demanda não de uma forma organizada e sim esporadicamente.

Em 2009, o Governo Federal voltou a discutir a construção de Políticas de Atenção à Saúde do Servidor Público, que já vinha sendo pensada desde 2003, e dentro dos mesmos objetivos propõe a construção da Política de Atenção à Saúde organizada sob a forma de um Subsistema de Atenção à Saúde do Servidor (SIASS) mostrando como justificativa:

A inexistência de um sistema estruturante com informações de saúde, que permitisse traçar o perfil de adoecimento dos servidores e das reais condições de trabalho no setor público federal, inviabilizou a gestão das questões relacionadas à saúde do servidor e contribuiu para o distanciamento entre a área da saúde e a política de gestão dos recursos humanos (BRASIL, 2009, p.47).

Cabe deixar claro aqui que no momento que o SIASS é decretado, propondo uma atenção integral à saúde do servidor, o SISOSP, que se pautava apenas na saúde ocupacional, sai de cena. Assim, o Decreto nº 6.833, de abril de 2009 institui o SIASS trazendo como objetivo em seu art. 2º:

Coordenar e integrar ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo (BRASIL, 2009, p.01).

Para a sua organização, o SIASS contará com unidades físicas que terão a finalidade de centralizar o atendimento e os procedimentos relativos à saúde do servidor e se sustentará em três eixos: Promoção e Vigilância à Saúde, com ações de saúde voltadas a intervenção no processo de adoecimento em seus aspectos individuais e em suas relações coletivas no ambiente de trabalho; Perícias, visando à uniformização de procedimentos, transparência dos critérios técnicos, agilidade administrativa, humanização no atendimento, racionalização de recurso, apoio multidisciplinar e relações com as áreas assistenciais e de promoção à saúde e; Assistência a Saúde, prevendo a universalização da oferta do benefício a todos os servidores, a recuperação do valor *per capita* destinado aos servidores e a isonomia no tratamento, pois mesmo a legislação estabelecendo o Sistema Único de Saúde (SUS) como primeira opção de assistência médica, muitos órgãos públicos federais optaram por conceder benefícios financeiros para o custeio parcial de planos de saúde por meio de convênios ou de iniciativa privada.

Dentro dos eixos de sustentação do SIASS entendemos que o Serviço Social deverá estar presente em todos eles, porém a intervenção feita junto a Licença por Motivo de Pessoa da Família está dentro do que diz respeito à Promoção e Vigilância à Saúde e à Perícia tendo em vista que é a discussão dessa licença que nos interessa nesta pesquisa, nos preocuparemos em dar conta somente destes eixos.

O conceito de promoção e vigilância a saúde para esse sistema diz respeito “às ações de saúde que visam intervir no processo de adoecimento em seus aspectos individuais e em suas relações coletivas no ambiente de trabalho” (BRASIL, 2009, p.48), adotando práticas que procura melhorar a qualidade de vida e de trabalho. E dentro dessas ações podemos destacar, entre outras, “a realização de programas e de campanhas preventivas de doença e

agravos à saúde” (BRASIL, 2009, p.48) como um das frentes de atuação do serviço social nesse contexto.

Já as atividades periciais de acordo com o SIASS deverão ser mais transparentes e uniformes, através da adoção de protocolos técnicos com o estabelecimento de parâmetros para a concessão de licenças, de aposentadoria por invalidez, de readaptação, e também critérios para a inaptidão nos exames admissionais. Sua operacionalização para a concessão de benefícios acontecerá dentro do sistema SIAPE SAÚDE¹⁸, contando com o apoio de uma equipe multidisciplinar para subsidiar a tomada de decisões, e entre outras atribuições, a equipe deverá acompanhar e dar suporte no tratamento dos servidores afastados por motivos de saúde. Assim, as ações das equipes multidisciplinares e transdisciplinares visam:

Retirar a perícia médica do isolamento em que atualmente se encontram, integrando-a com ações de assistência, prevenção e promoção de agravos à saúde, tornando-a mais humanizada no trato com o servidor e com boas condições de trabalho nas unidades de atendimento (BRASIL, 2009, p.51).

Cabe destacar que o Governo Federal discursa que a construção dessa política deverá envolver órgãos da administração direta, autárquica e funcional sendo a participação do servidor público vital para esse processo, favorecendo a explicitação de divergências. Neste sentido,

[...] a Política de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal é uma iniciativa de gestão das questões relativas à saúde do trabalhador. Ela resgata uma exigência histórica e legítima dos servidores na esfera pública federal: sua proteção enquanto indivíduo detentor de um direito inalienável, garantindo constitucionalmente a toda a sociedade brasileira, cabendo ao Estado efetivá-la em todos os seus níveis de abrangência, inclusive enquanto empregador e gestor de recursos humanos (BRASIL, 2009, p.56).

Mais uma vez gostaríamos de deixar claro que não nos propomos aqui a abrir uma discussão a respeito das estratégias de gestão adotadas pelo Governo Federal, apenas estamos mencionado a proposta atual da Política de Atenção a Saúde do Servidor Público por

¹⁸ Sistema integrado de informações, ainda em desenvolvimento, que possibilitará ao SIASS armazenar informações periciais de licenças médicas, acidentes de trabalho, doenças profissionais, aposentadoria por invalidez e readaptação. Disponibilizando informações de exames médicos periódicos, avaliações de outros profissionais técnicos da área da saúde, dados ambientais de trabalho e informações assistenciais.

acharmos pertinente conhecê-la para podermos seguir a discussão referente à Proteção Social que faremos a seguir.

Analisando todo esse contexto levantado até aqui, podemos mencionar que esses são fatores que têm como principal função proteger o servidor público, neste caso, em especial, os técnico-administrativos e docentes da UFSC. São fatores conquistados pelos trabalhadores, como as leis trabalhistas com o RJU, outros oferecidos pelo Estado, como a Política de Atenção a Saúde do Servidor Público, mas podemos antecipadamente verificar que todo esse conjunto ainda está longe de se efetivar em uma proposta de Proteção Social Integral de responsabilidade do Estado.

Não negamos a existência de uma Proteção Social oferecida pelo Estado, podendo citar, como exemplo, a concessão da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. Porém, temos verificado que outros setores da sociedade estão sendo chamados para darem conta de proteger e de cuidar dos seus membros naquilo que o Estado não consegue cobrir. E neste cenário destacamos a responsabilização atribuída à família, por aparecer como a principal “parceira” do Estado neste aspecto, no caso da licença mencionada, verificamos que os recursos da rede pública são escassos, ocorrendo então a responsabilização da família que deve dar conta dos cuidados do seu familiar doente, e é esta discussão que iremos melhor aprofundar na próxima seção.

2. PROTEÇÃO SOCIAL: UM OLHAR ACERCA DO PAPEL DO ESTADO E DA FAMÍLIA

Esta seção tem como objetivo fazer uma reflexão acerca da proteção social, trazendo primeiramente algumas definições e compreensões do tema, para, em seguida, identificarmos o papel do Estado nesse contexto, evidenciando o chamado Estado de Bem-Estar Social que dentro de uma discussão da proteção exercida pelo Estado – mesmo diante de suas particularidades –, foi o modelo que mais se dedicou a operacionalizar uma proteção na ótica do bem estar. Evidenciaremos, também, seu desmonte com a entrada do neoliberalismo no cenário mundial.

Neste sentido, destacaremos com maior ênfase o Estado brasileiro e seus mecanismos de proteção social, principalmente com a promulgação da Constituição Federal de 1998, que instituiu o chamado tripé da seguridade social, pontuando as conquistas no campo social, e como se deu (ou não) sua efetivação. Dentro deste contexto encontramos a família que está no centro do debate da proteção social, e que é chamada a ser parceira desse Estado.

Por fim, verificamos até que ponto a responsabilização da família, no que diz respeito à proteção social dos seus membros, está ancorada em uma real parceria entre Estado e família e, para tanto, levantaremos as possibilidades e os limites encontrados por ambos para a sua construção.

2.1 PROTEÇÃO SOCIAL EM QUESTÃO

Ao investigarmos a história das sociedades, observamos que independente do período em que viveram sempre houve a preocupação com a proteção dos seus membros, como um modo de regulação da vida social, tendo como função defender ou preservar os indivíduos, “provendo o mínimo de subsistência aos desamparados” (LIMA, 2006, p.44).

Neste sentido, Di Giovani (1998) afirma que com o intuito de proteger parte ou o conjunto de seus membros, as sociedades se propõem a desenvolver algum tipo de sistema de proteção social que aparecem na sociedade de forma às vezes mais, às vezes menos, institucionalizadas, mostrando que as atividades de proteção social sempre demandaram recursos e esforços dessas sociedades.

Esse mesmo autor fala que tais sistemas de proteção decorrem tanto de certos aspectos da vida natural e social como a velhice, a doença, o infortúnio e as privações que a sociedade ou seus membros são acometidos, quanto das formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais e culturais que permitem a sobrevivência e a integração de seus membros na vida social sob várias formas, como também, “os princípios reguladores e as normas que, com o intuito de proteção, fazem parte da vida das coletividades” (DI GIOVANI, 1998, p.10). Na tentativa de elucidar essa afirmação, trazemos as palavras de Lima (2006, p.46) ao entender que aquele autor

[...] compreende que a proteção social inclui além da proteção aos indivíduos em situação de vulnerabilidade social, ameaçados na garantia da manutenção física da vida, o direito ao conhecimento e a cultura, bem como, a viver dentro de uma sociedade organizada, “bens” que garantam ao ser humano a capacidade de discernimento para viver com autonomia em sociedade.

Em relação ao exercício dessa Proteção Social, Di Giovani (1998) mostra que historicamente ela está classificada em três modalidades não excludentes entre si, quais sejam: *a tradicional*, envolvida por valores como a caridade, a fraternidade, a solidariedade, etc.¹⁹; *a troca* que se refere “a um conjunto de práticas econômicas que perpassa desde relações face a face, até a impessoalidade das forças de mercado” (DI GIOVANI, 1998, p.10); e, por último *a autoridade*, que é a modalidade política de alocação de recursos, configurada no mundo moderno pelo Estado como gestor, produtor e regulador da proteção social.

Já as diferentes formas de proteção social podem ser agrupadas em duas esferas, sendo uma formada por instituições de âmbito privado, subdividida entre mercantil e não mercantil, e a outra formada no âmbito público (DI GIOVANI, 1998). Em relação à primeira, o autor destaca entre as mercantis, as instituições que exercem a proteção social fundamentadas nas relações de mercado, através das empresas que prestam serviços a

¹⁹ Podemos compreender nessa modalidade “a família, a rede de vizinhança, as práticas religiosas e os muitos processos de ajuda mútua que a humanidade é capaz de construir” (LIMA, 2006, p.45).

população e cobram por eles, as não mercantis são relacionadas a tradição incluindo instituições como a família, igreja, entidades filantrópicas e outras associações. E, no âmbito público, diz que a proteção social é operacionalizada pelo Estado ao alocar recursos para esse fim, sendo que na sociedade contemporânea o Estado tem como função legal e legítima garantir o bem-estar.

Ao aproximar essa discussão à sociedade capitalista moderna, Lima (2006) diz que entender as ações voltadas para o bem-estar dos seres humanos como sistemas de proteção social,

[...] não exige apenas que se ponha em execução todo um aparato técnico e financeiro, mas demanda que se estabeleçam politicamente referências para a sua operacionalização. As sociedades historicamente têm se pautado na noção de mínimos sociais como parâmetro para o bem-estar dos indivíduos (LIMA, 2006, p.46).

A noção de mínimos sociais que serve de parâmetro de acordo com Pereira (2007), atualmente mostra-se heterogênea, variando de acordo com o tipo, a lógica ou o modelo de proteção social que se pretende adotar. “Contudo, os mínimos sociais (...) são geralmente definidos como *recursos mínimos*²⁰, destinados a pessoas incapazes de prover por meio de seu próprio trabalho a sua subsistência”. Assim, de acordo com essa mesma autora, é somente a partir do século XX que os chamados mínimos sociais passam a “privilegiar necessidades sociais como matéria de direito, a ser enfrentada por políticas resultantes de decisões coletivas” (PEREIRA, 2007, p.16-17).

É neste momento que a proteção social começa a ser reconhecida como um direito de responsabilidade pública. Pois até então, a proteção social era vista como uma prática de benevolência e caridade “asseguradas pela família (principalmente), pela igreja e pelos senhores feudais através de ações solidárias” (MIOTO, 2008, p. 131).

O desenvolvimento do modo de produção capitalista trouxe consigo mudanças radicais nas formas tradicionais – pré-mercantilizadas – de prover a proteção social (...). Tais mudanças podem ser atribuídas tanto ao desaparecimento dos antigos vínculos comunitários, como da precariedade de recursos disponíveis pelas famílias

²⁰ De acordo com Pereira (2007) esses recursos assumem “a forma de renda e de outros benefícios incidentes, setorialmente, sobre as áreas da saúde, da educação, da habitação, etc., ou sobre categorias particulares de beneficiários, como: idoso, pessoa portadora de deficiência, pais solteiros (mãe ou pai), viúvas, etc.” (p.16).

na sua nova estrutura, organização e modos de vida no meio urbano (MIOTO, 2008, p.131).

Esses vínculos se caracterizavam por formas de dependência e apoio mútuo, praticadas pelas famílias operárias no século XIX. Segundo Poster (1979 *apud* MARTINS, 2008), eles são mais fortes no início do século com o surgimento da industrialização no momento em que se vivia sob condições de extrema penúria social e econômica. Já na segunda metade do século XIX, de acordo com o autor supracitado, “aparecem setores mais qualificados da classe operária e a ação de alguns filantropos burgueses preocupados com as condições de vida de seus empregados” (MARTINS, 2008, p.44); neste momento, a mulher começa a ficar mais tempo cuidando da casa e dos filhos, e os homens se estabelecem nas fábricas, consolidando desta forma a família como uma instância privada.

Mioto revela que neste contexto, a família passa a ser considerada como uma “fonte de proteção por excelência”, exercendo a proteção social dita natural, porém vinculada às possibilidades de provisão de suas necessidades ofertadas pelo mercado. Desta maneira, “na formação capitalista sob a égide do liberalismo, a família se conforma como o espaço privado por excelência e, como espaço privado, deve responder pela proteção social de seus membros” (MIOTO, 2008, p.132-133).

Nesse mesmo período, diante do trabalho precarizado, começa a emergir a questão social traduzida no agravamento das condições objetivas de vida das famílias operárias, “ratificando progressivamente os limites e a incapacidade do capitalismo liberal de garantir, através apenas das famílias e do mercado, qualquer forma de bem-estar coletivo” (MIOTO, 2008, p.133).

É fato conhecido que historicamente a questão social tem a ver com a emergência da classe operária e seu ingresso no cenário político, por meio de lutas desencadeadas em prol dos direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe pelo bloco do poder, e, em especial pelo Estado (...) Esse reconhecimento dá origem a uma ampla esfera de direitos sociais públicos atinentes ao trabalho – consubstanciados em serviços e políticas sociais – o que, nos países centrais, expressou-se no *Welfare State*, Estado de Providência ou Estado Social (IAMAMOTO, 2004, p.17).

Portanto, é diante do agravamento da questão social e das lutas da classe operária por direitos que o Estado passa a constituir-se como principal ator de regulação das relações entre economia e as demandas sociais, modificando significativamente as formas de proteção

social, que passam a ter “status de direito de cidadania e passa a ser gerida através de sistemas específicos no interior do Estado” (MIOTO, 2008, p.134).

Desta forma, a proteção social exercida através do Estado é socialmente assumida como função do poder público e representa a existência de um conjunto de garantias, mais ou menos extensas, através de intervenção política administrativa. Mas, a existência e a constituição de sistemas de proteção desta natureza não excluem a persistência ou a constituição de outras formas de proteção, privadas, nas quais o alcance dos membros está confiado a acordos entre sujeitos, seja na base das relações mercantis ou fundada em vínculos tradicionais (DI GIOVANI, 1998, p.12-13).

Sendo assim, não podemos dizer que com a intervenção do Estado no que diz respeito à garantia da proteção social tenha se abandonado as antigas formas de proteção social exercidas pela sociedade, pelo contrário:

[...] embora, os sistemas de proteção social tenham se tornado mais complexos ao longo dos tempos, a família continuou circulando nesta esfera. E ainda, que sobre ângulos diferentes em cada época, ela se mantém fazendo a interface com o Estado para a garantia (ainda que mínima) do bem estar humano (LIMA, 2006, p.48).

Neste momento, subdividiremos essa discussão: primeiro, trataremos da proteção social no contexto do Estado, nos preocupando principalmente com o Brasil, e logo após, falaremos das responsabilidades que vêm sendo atribuídas à família como alternativa de proteção social.

2.1.1 O Estado de Proteção Social na ótica do Bem-Estar Social

É a partir do século XX que o Estado passa a se tornar presente na organização, produção, gestão e normatização dos sistemas de proteção social, diante da introdução do modo capitalista de produção, que trouxe consigo o agravamento da questão social, gerada principalmente pela “industrialização que significava um novo tipo de trabalho, com conseqüências sobre a vida do trabalhador e de sua família e o acelerado crescimento

demográfico” (LIMA, 2006, p.48), trazendo problemas de urbanização às cidades com a falta de saneamento, higiene, segurança, entre outros.

Com a introdução de novas técnicas no âmbito do trabalho, começam a surgir problemas dos mais variados, trazidos pelos avanços tecnológicos e organizacionais, com a instalação dos modos de produção Taylorista²¹ e Fordista²². Estes modos de produção propiciavam um amplo desenvolvimento econômico, porém as técnicas mecanizadas aumentavam os riscos de acidentes e os acidentados, facilmente perdiam o emprego, tornavam-se inválidos e, conseqüentemente, perdiam seus rendimentos. Outro problema enfrentado por esses trabalhadores era a exaustão precoce das capacidades individuais de trabalho decorrente das extensas e intensivas jornadas de trabalho, e as doenças profissionais que muitas vezes acabam por gerar a perda parcial ou total de sua capacidade laborativa (DI GIOVANI, 1998).

Esses fatores levaram não só o trabalhador a uma situação de “desproteção” social, mas também, a família do trabalhador que ficava sujeita a essas vicissitudes da vida moderna. E, embora no período já fossem encontradas algumas normas de proteção ao trabalhador, isso não era significativo para proteger a ele e a sua família (LIMA, 2006, p.49).

Vale pontuar que esse contexto tem como cenário principal a Europa entre os séculos XIX e início do século XX, pois é na sociedade europeia do pós-guerra, com a evidência e o agravamento da questão social, que “numa clara eferência à consciência coletiva que não mais atribuíra tal situação aos desempenhos individuais, mas se referia e contatava a gravidade dos problemas emergentes do novo quadro econômico-social” (DI GIOVANI, 1998, p.20), chega-se a “uma nova concepção da forma e do uso dos poderes do Estado denominado Estado de Bem-Estar Social” (HARVEY *apud* MIOTO, 2008, p.134).

As propostas desse novo modelo de Estado “configuram-se com forte presença das concepções universal, igualitária e de sistemas de proteção social, realizando-se na órbita do Estado” (COUTO, 2008, p. 60-61). A efetivação do Estado de Bem-Estar Social fez com que

²¹ Introduzido a partir do século XIX esse modo de produção tinha como objetivo o aumento da produtividade, baseia-se na “decomposição de cada processo de trabalho em movimentos componentes e da organização de tarefas fragmentadas segundo padrões rigorosos, de tempo e estudo do movimento” (HARVEY *apud* LIMA, 2006, p.49).

²² Esse modo de produção aparece no início do século XX e caracteriza-se pela “produção em massa de produtos homogêneos, utilizando a tecnologia rígida de linha de montagem, com máquinas especializadas e rotinas de trabalho padronizadas” (CLARKE *apud* LIMA, 2006, p.49).

pela primeira vez a proteção social se tornasse responsabilidade pública, assumida pelo Estado e se operacionalizando por meio de políticas sociais, tornando-se desta maneira um direito de todo o cidadão.

A cidadania é relevante como garantia da primazia dos direitos universais sobre os individuais. É a idéia de universalidade dos direitos que se impõe e do acesso a uma possível igualdade e justiça social, por meio do Estado de Bem-Estar Social (LIMA, 2006, p.51).

Quando o Estado se torna o agente primordial da proteção social e assume esse papel, acaba ordenando as relações sociais e possibilita a autonomia dos indivíduos, desmercadorizando o indivíduo e a família em relação ao mercado, e essa “desmercadorização ocorre quando a prestação de serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado” (ESPING-ANDERSEN *apud* MIOTO, 2008, p.134). Sendo assim, é a garantia dos direitos sociais que determinará o grau de dependência da pessoa em relação ao mercado.

Tomaremos como norte, neste momento, a década de 30, quando entram em cena as idéias keynesianas – diante da profunda crise em que passava o capitalismo –, que buscavam diminuir as desigualdades sociais por meio da intervenção na economia através de investimentos no mercado produtivo e na promoção do bem-estar. Pois, foi com base nessas idéias que se consolidou na Europa do pós-guerra, mais especificamente nas décadas de 1950 e 1960, a proposta do Estado de Bem-Estar Social, que ganhou peculiaridades em cada país onde foi implantado.

Couto (2008) identifica essas peculiaridades em três blocos com regimes de Estados diferentes; discorre que, no projeto de Estado liberal, a assistência era prestada apenas aos comprovadamente pobres em parceria com o mercado, combinando políticas sociais estatais com privadas, buscando a preservação do individualismo e apenas se focando em situações extremas, esse projeto esteve presente nos Estados Unidos, no Canadá e na Austrália. No Estado corporativista e conservador, adotou-se o “princípio da subsidiaridade, fazendo com que o Estado só atue quando a família não pode suprir as necessidades dos indivíduos” (COUTO, 2008, p.65), os programas sociais ganham aqui conotação de seguro social e se operacionalizam diante da contribuição dos indivíduos, podemos citar como países adotantes desse projeto a Áustria, a França, a Alemanha e a Itália. E por último, o regime denominado social-democrata que “adota os princípios do universalismo, da igualdade e da

desmercadorização de direitos sociais” (COUTO, 2008, p.65), equiparando o direito ao trabalho com o direito à renda, ancorando-se desta maneira no pleno emprego e na idéia de que o Estado é que deve assumir e socializar os custos das famílias, sendo esse projeto adotado pelos países escandinavos.

Verificamos então, que os padrões que marcaram a consolidação do Estado de Bem-Estar Social são distintos em diversos países, manifestando-se nas variações das complexas dimensões da proteção social, seja nas relações de inclusão/exclusão, nos seus aspectos redistributivos ou ainda no que diz respeito às relações com os sistemas políticos. Em alguns lugares deu-se mais universalista, institucionalizado e estatizado, e em outro mais privatista e residual, mais generoso na cobertura e na diversificação dos benefícios ou mais seletivos e assistencialistas (Draibe, 1993).

A forma de transferência dos recursos públicos, como e com quem se gasta, define modelos de Estado de Bem-Estar Social mais ou menos universalizantes. o que supõe uma maior ou menor estratificação social. Há sistemas que dividem assalariados e aplicam programas distintos para grupos diferentes em termos de classe e status, possibilitando aos que possuem renda maior melhorar suas condições de vida e ascensão no interior da classe social; há outros mais universalizantes em que os direitos sociais são acessados de formas semelhantes, independente da classe e da posição do mercado, promovendo igualdade de status e de condições para a provisão do bem-estar (LIMA, 2006, p.51-52).

Porém, mesmo que essa tendência não tenha refletido de forma semelhante em todo o mundo, de maneira que alguns países desempenharam com maior ênfase essas funções outros nem tanto,

[...] assinaladas as diferenças temporais, políticas e institucionais, pode-se dizer que os sistemas estatais que configuraram a modalidade política de alocação de recursos sociais responderam à crescente incapacidade do mercado de regular as relações econômicas, especialmente aquelas mais carregadas de implicações sociais (DI GIOVANI, 1998, p.15).

Assim, constatamos a classificação dos modelos de proteção social apresentados por Faleiros (2002), quais sejam: primeiro, o Modelo bismarckiano de seguro social, implementado na Alemanha no final do século XIX por Bismarck, com a introdução de caixas estatais regionalizadas de seguros saúde, velhice e acidente, mas com controle central e contribuição compulsória de empregados, patrões e Estado, isentando apenas os trabalhadores

de mais baixa renda; segundo, Modelo social-democrata, resultante de um acordo de classes entre trabalhadores, patronato e Estado na Suécia, em 1938, garantindo a cooperação de classes para o crescimento econômico e justiça social, cria-se um fundo público mantido por impostos destinados aos serviços de saúde, sociais e de segurança de renda mínima para todos os cidadãos; e, terceiro e último, Modelo beveridgiano de seguridade social, proposto por Beveridge para a Inglaterra, em 1943, é o chamado sistema de proteção social inglês, tinha como pressupostos a formação de um sistema complexo e completo de proteção social, aqui a segurança social significava segurança de um rendimento mínimo.

Este último modelo começa a entrar em colapso na segunda metade da década de 70, quando o capitalismo volta a entrar em crise, diante de “duas crises do petróleo (1973 e 1979), grandes pressões inflacionárias e crise de consumo, tendo sido ainda marcada por grandes mobilizações dos trabalhadores em busca da ampliação do Estado no atendimento de suas demandas” (ROSANVALLON *apud* COUTO, 2008, p.67). A conotação de proteção social e a concretização de direitos por meio da expansão das políticas sociais começam a se romper, “começou a ser levantada a questão – que iria se tornar recorrente, a partir dos anos 80 – dos efeitos negativos da política social, de estilo keynesiano/beverigiano, sobre a economia capitalista” (PEREIRA, 2007, p.113).

Desta maneira, mediante uma crise de governabilidade que se instalou, causada pelas excessivas demandas democráticas dirigidas aos Estados que adotaram um extensivo Estado de Bem-Estar, os conservadores apregoaram o retorno do ideário liberal, que passou a se denominar neoliberalismo, voltando a se defender a identificação dos mínimos sociais com um mínimo de rendas (PEREIRA, 2007).

No campo dos direitos sociais, retoma a lógica do mercado e da filantropia para o atendimento das demandas geradas por eles. Se o indivíduo tem dinheiro, deverá comprá-los no mercado, transitando assim, da ótica do dinheiro para a da mercadoria. Se não possui condições de comprá-las, deverá acessá-las através da benevolência da sociedade, que retoma o papel de responsável por atender as demandas sociais (...) A regulação que pode ser feita pelo Estado é, nesse caso, aquela que fortalece as condições efetivas de pleno funcionamento do mercado (COUTO, 2008, p.72).

Desta maneira, a proteção social é novamente entendida como responsabilidade do indivíduo, entrando em cena, neste sentido, a responsabilização da família em prover o bem-

estar de seus membros, mas antes de entrarmos nesta discussão faz-se necessário entendermos a experiência brasileira de proteção social que sofreu com a influência do plano internacional.

2.1.1.1 A Proteção Social no Estado Brasileiro

As mudanças econômicas e políticas no plano internacional refletiram de forma incisiva na trajetória da construção de um sistema de proteção social no Brasil, pois diferente dos países capitalistas avançados, as políticas sociais brasileiras se desenvolveram num contexto de dependência econômica e de domínio colonialista, produzindo assim, de acordo com Pereira (2007, p.125), um “sistema de bem-estar periférico”. A proteção social no Brasil não conseguiu estruturar-se com base nas políticas de pleno emprego e de serviços sociais universais, e até hoje não montou uma rede de proteção “impeditiva da queda e da reprodução de estratos sociais majoritários da população na pobreza extrema” (PEREIRA, 2007, p.125). De uma forma contraditória, a política social no Brasil se expandiu em meio a regimes autoritários e com base nos moldes liberais.

Isso deu ensejo à prevalência de um padrão nacional de proteção social com as seguintes características: ingerência imperativa do poder executivo; seletividade dos gastos sociais e da oferta de benefícios e serviço públicos; heterogeneidade e superposição de ações; desarticulação institucional; intermitência da provisão; restrição e incerteza financeira (PEREIRA, 2007, p.126).

Desta maneira, essa mesma autora afirma que se compararmos o caso brasileiro aos dos modelos de Estado de Bem-Estar, tomando com base a classificação feita Esping-Andersen²³ fundamentada nos estudos de Titmuss²⁴, identificamos no Brasil traços dos

²³ Esping-Andersen em uma tentativa de aperfeiçoar a tipologia de Titmuss, apresenta a seguinte classificação aos Estados de Bem-Estar: “a. Estados de Bem-Estar de regimes liberais, nos quais o mercado assume a primazia; b. Estados de Bem-Estar de regimes conservadores, nos quais são preservados o *status quo*, a hierarquia social e as diferenças de classe (...); c. Estados de Bem-Estar de regimes social-democrata, nos quais prepondera o Estado como principal agente de proteção social e garantia de direitos” (PEREIRA, 2007, p.125).

²⁴ Em relação à tipologia de Titmuss que é referência para vários autores, temos também três modelos principais de Estado de Bem-Estar “que podem ser encontrados simultaneamente no mesmo momento histórico e num mesmo contexto nacional: a. o residual, no qual o mercado e a família têm a primazia da oferta da proteção

modelos liberais²⁵, conservadores²⁶ e dos regimes social-democratas²⁷, “mesclado às práticas clientelistas, populistas, paternalistas e de patronagem política, de larga tradição no país” (PEREIRA, 2007, p.127).

Pontuamos que os maiores avanços na área da proteção social no Brasil materializou-se com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), anterior a ela podemos destacar dois períodos: o primeiro, conhecido como período *laissez-faire*, anterior a década de 30, não existia por parte do sistema político a preocupação com um planejamento social, o Estado não exercia seu papel de agente regulador da área social e a questão social era vista como caso de polícia, apresentando “uma política social na qual nem um mínimo de renda como provisão ínfima, de estilo liberal, era contemplado” (PEREIRA, 2007, p.129). Desta maneira a proteção social no Brasil neste período era exercida,

[...] especialmente pela igreja, através de serviços destinados a assegurar algum tipo de assistência às crianças órfãs, aos idosos, aos pobres, aos doentes e aqueles que não podiam trabalhar, essas ações estavam baseadas nos preceitos morais de caridade e na filantropia. As famílias também exerciam papel fundamental na proteção de seus membros (CEZAR e MIOTO, 2009, p.04).

E o segundo, a partir da década de 30, quando a “questão social começa a ser assumida como de atenção do Estado” (CEZAR e MIOTO, 2009, p.04), verificamos transformações significativas na área da proteção social, mais especificamente nas relações trabalhista, uma vez que o esforço do governo centrou-se por muito tempo para a construção da legislação social na área trabalhista, sabendo que só tinha acesso a essa proteção social os que estavam inseridos no mundo do trabalho, o que deu a essa política uma conotação de controle, fragmentação e seletividade.

Essa lógica fragmentadora, constitutiva do sistema de proteção social brasileiro em seus primórdios, condicionou, conforme Santos (1989), o surgimento da denominada *cidadania regulada*, onde os direitos sociais se caracterizam por se constituírem em atribuições exclusivas dos trabalhadores que atuam em profissões

social; b. o industrial, no qual o mérito do trabalhador, avaliado pelo seu desempenho e produtividade, constitui o principal critério de acesso à proteção social; c. o institucional, no qual o Estado constitui o principal agente de regulação e provisão sociais” (PEREIRA, 2007, p.125).

²⁵ Ao se evidenciarem intervenções públicas tópicas e seletivas.

²⁶ Através da adoção de medidas autoritárias e desmobilizadoras dos conflitos sociais.

²⁷ Ao estabelecer esquemas universais e não contributivos de distribuição de benefícios e serviço.

reconhecidas, sendo considerados privilegiados por possuírem a Carteira de Trabalho assinada (PORTO, 2001, p.07).

A CF/88 trouxe um novo sentido às responsabilidades do Estado no que diz respeito à proteção social, com a ampliação do seu conceito, sendo efetivada por um Sistema de Seguridade Social que engloba a saúde, a previdência social e a assistência social, buscando assim universalizar os direitos sociais.

O Estatuto legal, então, rompe com a lógica fragmentadora e busca, por meio da seguridade social, dar um sentido amplo à área social, trabalhando na lógica da ampliação dos direitos sociais e da inserção da noção de responsabilidade do Estado brasileiro frente a essas políticas (COUTO, 2008, p.159).

Neste sentido, a Constituição também estabelece as características das partes que compõem o tripé da seguridade, determinando então que a saúde será concebida como um direito de todos e um dever do Estado; a previdência estará atrelada a contribuição, e a assistência social deverá ser prestada a todos que necessitarem independente de contribuição.

Assim, é possível afirmar que a política de seguridade social proposta tem como concepção um sistema de proteção integral do cidadão, protegendo-o quando no exercício laboral, na falta dela, na velhice e nos diferentes imprevistos que a vida lhe apresentar, tendo para a cobertura ações contributivas para a política previdenciária e ações não-contributivas para com a política de saúde e de assistência social (COUTO, 2008, p.159).

Paralelo a essas conquistas, entrava em cena nos anos 90, o Neoliberalismo com suas bases no Consenso de Washington propondo reformas estruturais, assim, se de um lado o Brasil avançava na área social, com a promulgação da CF/88, do outro sofria as pressões do ajuste neoliberal que previa o desmonte do Estado; Propondo assim a privatização das políticas públicas de proteção social, permitindo a expansão do mercado privado de seguros e serviços sociais (MOTA, 1996).

A seguir, veremos mais minuciosamente cada parte componente do tripé da seguridade social, com seus avanços e retrocessos, por entendermos que o tema maior desta pesquisa está circunscrito nessas três esferas. Está ligada à previdência quando se refere a um direito trabalhista, expressado, neste caso, pela Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, à saúde uma vez que a referida licença está intimamente ligada à situação de saúde

de um familiar do servidor, e à assistência quando esse mesmo servidor precisa buscar acessar alguma política pública para suprimento de suas necessidades básicas.

2.1.1.1.1 O Tripé da Seguridade: Avanços e Retrocessos

Não há dúvidas de que com a promulgação da Constituição a esfera da Seguridade Social, mesmo abarcando apenas três políticas, foi a esfera que mais avançou, concebendo um caráter não contributivo para a Saúde e a Assistência Social e contributivo para a Previdência Social.

[...] a proposta da Seguridade Social tem como concepção a proteção social como um sistema de proteção integral do cidadão, reafirmando a necessidade de garantir o acesso às políticas de assistência social, saúde e previdência social, ampliando a rede de proteção social para assegurar os direitos sociais da população e das famílias (CEZAR e MIOTO, 2009, p. 05).

Mas é importante ressaltar que a Constituição Federal de 1988 prevê os direitos, porém a sua efetivação exige a elaboração de regulações complementares, ou seja, leis ordinárias que garantam à população o acesso a esses direitos. Vejamos então as medidas tomadas para a efetivação de cada uma das esferas que compõe o tripé da seguridade social.

No âmbito do direito à saúde, foi concebido o Sistema Único de Saúde (SUS) com a implementação da Lei 8.080 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (BRASIL, 2006, p.263); e também da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências inter-governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências” (BRASIL, 2006, p.283). Desta maneira, sua operacionalização é prevista através de uma rede interligada, descentralizada e regionalizada, incentivando o atendimento igualitário de toda a população.

É nesse sentido que o SUS pode ser considerado a proposta que, no contexto da Seguridade Social, incorporou com mais fidelidade o princípio da universalização da cobertura do atendimento e mais enfaticamente renegou a atenção seletiva e elitizada das políticas sociais de extração neoliberal (PEREIRA, 2007, p.155).

A Previdência Social se mostrou mais democrática, ampliado o direito de acesso para todas as categorias de trabalhadores (urbanos e rurais), trazendo certos avanços, na cobertura previdenciária, aos trabalhadores empregados e também algumas melhorias aos trabalhadores inativos. Em termos de lei, podemos citar as que instituíram os Planos de Custeio e Benefícios aprovados em julho de 1991, pelas Leis nº 8.212 e nº 8.213. Sendo assim, as principais conquistas no campo previdenciário foram:

- instituição da equivalência e uniformidade dos planos de previdência entre trabalhadores urbanos e rurais, estendendo aos rurais benefícios antes concebidos somente a trabalhadores urbanos (aposentadoria especial, aposentadoria por tempo de serviço, auxílio-reclusão, auxílio-acidente, auxílio-maternidade, salário-maternidade e pecúlio);
- piso salarial mínimo para todos os beneficiários;
- redução da idade em 5 anos para as aposentadorias rurais; a mínima para os homens aos 60 anos e para as mulheres 50 anos;
- garantia da irredutibilidade do valor dos benefícios (DUARTE, 2005, p.129).

Já no terreno da Assistência Social, sua transformação em direito, visando à melhoria nas condições de vida e da cidadania dos brasileiros, rompe com as práticas assistencialistas utilizadas por muito tempo como barganha populista ou de patronagem. Sua regulamentação ocorreu com a Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993, que instituiu a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que “dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências” (BRASIL, 2006, p.85).

O processo de implementação da Loas (Lei n.8.742/93) é revelador de mudanças institucionais e políticas indispensáveis para demarcação do direito a assistência social no âmbito do sistema protetivo brasileiro. O princípio da descentralização político-administrativa, consubstanciado na instituição de fóruns, conselhos, instâncias de pactuação e regulamentação de fundos públicos, e organização da política nas três esferas de governo, é potencializador pelo marco fundamental da constituição de um sistema continuado e unificado (SILVEIRA, 2009, p. 339).

De acordo com a LOAS é de responsabilidade do Estado a universalização da cobertura e a garantia de direitos e acesso a serviços, programas e projetos, assim, seguindo as

diretrizes da CF/88 e da LOAS para gerir o conteúdo específico da assistência social, cria-se um sistema público não-contributivo, descentralizado e participativo com essa finalidade, qual seja, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS)²⁸. É importante ressaltar que o SUAS é fundamentado e tem suas funções definidas pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS/04), aprovada em setembro de 2004, que assegura o acesso dos serviços socioassistenciais²⁹.

Todas essas conquistas pontuadas até aqui não se deram de forma pacífica, pois se de um lado há a busca pela efetivação dos princípios previstos pela CF/88, do outro, com a intensificação mundial do processo de globalização, o Brasil se constitui em um campo fértil para a disseminação da ideologia neoliberal, “ancorada na tese de que este novo cenário não comportava mais a excessiva presença do Estado, a ideologia neoliberal em ascensão passou, cada vez mais, a avalizar políticas de ingerência privada” (PEREIRA, 2007, p.159).

Esse quadro vem se agravando com a implementação de reformas no aparelho do estatal, em nome da crise econômica de conotação global evidenciada a partir dos anos 90, tais “reformas repercutiram negativamente no modelo de proteção social assegurado formalmente na Constituição de 88” (PORTO, 2001, p.12), reduzindo drasticamente os gastos com a área social.

No contexto da reforma do Estado dos anos 90, a política social brasileira se apresenta inteiramente sintonizada e submissa à orientação macroeconômica, distanciando-se todavia da dimensão universalista adquirida com a Constituição de 1988 (PORTO, 2001, p. 13).

O tripé da seguridade social é então atingido fortemente, na saúde evidenciam-se programas e ações de saúde pontuais, focalizados, atendendo apenas problemas emergenciais, tendendo destinar o SUS apenas aos pobres, podemos citar como um exemplo o financiamento por parte do atual governo de planos de saúde aos seus servidores, em vez de destiná-lo a melhoria do SUS. Na previdência, vive-se em meio de reformas justificadas pelo sentido da economia de recurso, retraindo e cortando benefícios dos trabalhadores. Já a

²⁸ Deliberado pela Conferência Nacional de Assistência Social em 2003.

²⁹ “Os serviços socioassistenciais prestados nos equipamentos pelo poder público e pelas entidades vinculadas ao SUAS abrangem o atendimento sociofamiliar, a convivência e a socialização, bem como o fomento à inclusão produtiva. Na proteção social especial estão previstos serviços de atendimentos às pessoas e família com direitos violados” (SILVEIRA, 2009, p.348).

assistência acaba se tornando cada vez mais seletiva tendo acesso a benefícios apenas aqueles que comprovem serem extremamente pobres.

Desta maneira, com a entrada da política neoliberal no país, com a exigência da desresponsabilização do Estado principalmente na área social, vemos um retrocesso na política de proteção social, quando a sociedade e a família são chamadas a assumirem a proteção social “como ato de solidariedade e amor, a ser executada por meio de um serviço voluntário” (LIMA, 2006, p.65).

A partir de então, a centralidade da família no desenvolvimento da política social adquirirá cada vez mais relevância. Não pelo desenvolvimento de políticas de suporte à família, mas pela maior cobrança e responsabilização que o Estado lhe impõe, esta com orientação fortemente legalista, decorrente das legislações que regulamentaram a Constituição Federal de 1988 (LIMA, 2006, p.66).

Trazendo assim novamente a família no que diz respeito à proteção social, veremos a seguir como a mesma sempre esteve entrelaçada aos sistemas de proteção social providos pelo Estado, ocupando um lugar indispensável neste sentido.

2.2 A CENTRALIDADE DA FAMÍLIA NO ÂMBITO DA PROTEÇÃO SOCIAL

Ao falarmos de proteção social facilmente encontramos a família, que ao longo da história vem exercendo um papel fundamental na esfera da proteção social. Desde as antigas sociedades, mesmo que outros setores da sociedade contribuíssem para o exercício da proteção, como por exemplo, as igrejas, os senhores feudais e a vizinhança, sempre pertenceu à família a responsabilidade maior de prover o bem-estar de seus membros, pois a sociedade só interviria no momento em que os recursos da família se esgotassem e seu problema se tornasse de ordem pública (LIMA, 2006). Nesse período, a manutenção, a vida e a garantia da reprodução social eram as principais preocupações da família, assim, todos os seus esforços estavam direcionados para assegurar a proteção desses fatores,

Para tanto, a família sempre se utilizou, além das práticas de solidariedade e auto-ajuda, dos fortes vínculos emocionais que é capaz de estabelecer entre os seus componentes. E a troca de cuidados, bens, serviços e favores são historicamente disponibilizados pela família na operacionalização da proteção (LIMA, 2006, p.44).

Neste sentido, Carvalho (2000) diz que a família – independente das suas múltiplas formas e desenhos – configura-se no primeiro sujeito de referência e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos, constituindo-se em um canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais. Outro aspecto que também podemos observar é que o sentimento da família, de acordo com Knihs (2005), começa a se formar junto com a história do cuidado dos seus membros.

O desenvolvimento capitalista fez com que os vínculos familiares se rompessem, pois com a industrialização as famílias deixaram de ser compostas por numerosos parentes que viviam juntos em uma solidariedade coesa (POSTER *apud* KNIHS, 2005). As famílias passaram então a viver nos centros urbanos e se solidificaram como uma instância privada dividindo claramente as tarefas entre homem – no trabalho – e mulher – em casa. Estes aspectos causaram uma instabilidade nas formas tradicionais pré-mercantilizadas de prover a proteção social,

Gerou-se, (...) uma grande debilidade nos vínculos de proteção social vigentes até então. Desmoronavam-se o parentesco e a assistência mútua, típica das pequenas comunidades rurais. Tais mecanismos de solidariedade social desapareceram no meio urbano onde a perda do emprego e dos rendimentos se constituía em dramáticas situações de pobreza e desamparo (DI GIOA VNI, 1998, p.19).

A vida da família foi então modificada, trazendo implicações tanto para o modo de ser e conviver da família, como também no seu formato e organização, refletindo conseqüentemente no modo de exercer a proteção social no âmbito familiar (LIMA, 2006). Com a emergência da questão social, entra em cena o Estado de Bem-Estar Social, que toma para si a responsabilidade da provisão social, porém não deixa de estabelecer uma relação com a família nesse âmbito.

Ao tentarmos entender essa relação estabelecida entre Estado e família no campo da proteção social, Esping-Andersen (*apud* LIMA, 2006) que analisa os sistemas de proteção social dos diferentes modelos de Estados de Bem-Estar social, e apresenta dois conceitos chaves: o de desfamíliação que “refere-se ao grau no qual as responsabilidades de bem-estar

social e cuidados das unidades familiares são abrandados – seja via provisão de bem-estar social pelo Estado, ou pela provisão do mercado”, e a de familismo que, ao contrário, “(...) é aquele em que a política pública considera (...) que as unidades familiares devem assumir a principal responsabilidade pelo bem estar de seus membros” (LIMA, 2006, p.53).

Mioto (2008) considera que alguns autores, ao revisarem a literatura sobre família e Estado de Bem-Estar social, constataram que o maior grau de desfamilização é encontrado no Estado da social-democracia, a exemplo dos países escandinavos, que tem como objetivo das suas políticas públicas a socialização antecipada de custos enfrentados pela família. Já o grau de familismo dos Estados de Bem-Estar com esse caráter é medido de acordo com o *quantum* de proteção assumida pelo Estado e pela família, uma vez que esse modelo pressupõe uma explícita parceria entre ambos, e “a ação pública tende a ocorrer mediante a falência da família na provisão do bem-estar e na sua impossibilidade de compra de bens e serviços, no mercado” (MIOTO, 2008, p.136).

[...] nos diferentes modelos de Estado de Bem-Estar Social o “entrelaçamento” entre Estado e a família ocorreu de forma diferenciada (...) a proporção de responsabilidade ocupada pela família foi proporcional à responsabilidade que o Estado se colocou na execução da proteção. Dessa forma, embora variando de país para país, a família sempre ocupou um lugar nos sistemas de proteção social no modelo de Estado de Bem-Estar Social, sendo indispensável na provisão da proteção social (LIMA, 2006, p.58).

Com a crise econômica mundial, no final dos anos de 1970, o âmbito da proteção social da garantia de direitos começa a retroceder, e a “idéia da família como ator fundamental na provisão de bem-estar” (MIOTO, 2008, p.137) começa a se intensificar, principalmente com a introdução da política neoliberal que “suscita a discussão do Estado mínimo, bem como o reconhecimento público da prática da solidariedade como um dos eixos onde se assenta a proteção social (LIMA, 2006, p.60).

Os tradicionais mecanismos de proteção social – sociedade e família – são revalorizados, uma vez que há a minimização do papel do Estado deslocando a provisão do bem-estar para a esfera privada mercantil ou não-mercantil. Sabendo que o mercado “não atua como fonte de solidariedade e sim é operacionalizado via a lógica empresarial do lucro” fazendo com que em todos os países o grau de mercantilização da proteção social aumente. O Estado e a família “funcionam como eixos organizadores das demais solidariedades, havendo

uma relação de partilha de responsabilidade entre solidariedades pública e privada (não-mercantil)” (LIMA, 2006, p.60).

Da fusão entre estas surge segundo os especialistas, um novo modelo de Estado denominado “*Welfare Mix*, que preconiza exactamente uma combinação de recursos e dos meios mobilizáveis junto do Estado, dos parentes, mas também junto do mercado ou ainda das iniciativas privadas, associativas, benéficas e não lucrativas” (MARTIN, 1995, p.55). Neste modelo multiplicam-se as fontes por meio das quais se operacionaliza a protecção social (LIMA, 2006, p.60-61).

A relação entre as políticas sociais e a família no modelo de Estado neoliberal é explicada por De Martino (*apud* LIMA, 2006) através da expressão “neo-familiarismo”, ao verificar que esse modelo tende a “transformar a família em solução para os problemas do mundo globalizado e de uma sociedade de riscos que coloca em estado de insegurança todos – ricos e pobres.” (LIMA, 2006, p.62). Desta maneira, a família sofre uma sobrecarga de funções, pois o Estado e a sociedade consideram ser de sua responsabilidade o cuidado para com seus membros.

Seguindo a nossa discussão veremos a seguir como se dá essa “parceria” entre Estado e família no âmbito da protecção social no Brasil.

2.2.1 A Protecção Social exercida pela Família Brasileira

Pensando em termos de Brasil, Campo e Mioto (2003) dizem que o sistema de protecção social do país possui traços do familismo, por entenderem que nesse modelo a família assume a responsabilidade sobre o seu bem-estar social, servindo de alternativa para o Estado que se exime desse dever.

No Brasil, não se tem aliviado o peso da família em relação ao cuidado e protecção de seus membros, ao contrário, a intervenção do Estado sob a “perspectiva familista” tende a ocorrer de forma focalizada, com políticas setoriais e com ações mais controladoras sobre a família, em especial nas famílias pobres (CEZAR e MIOTO, 2009, p. 06).

Os autores supracitados chamam a atenção para a sobrecarga que as famílias acabam sendo acometidas, pois com o sistema capitalista de orientação neoliberal, as famílias encontram dificuldades para encontrar soluções para superar os seus problemas, até mesmo porque a oferta de serviços destinados à família, nos mais diversos setores, tais com saúde, educação, habitação, assistência social e lazer, dão-se cada vez mais de forma reduzida e insuficiente.

Porém, faz-se necessário destacar que, se de um lado o Estado brasileiro não funciona como suporte para o bem-estar familiar, deixando-a a mercê de seus próprios recursos, do outro, não mediu esforço para estabelecer normas e regras de organização e composição, criando toda uma legislação em função da família, legislando abertamente nesse espaço desde 1939 com o advento do Estatuto da Família.

Nesta perspectiva, com a promulgação da CF/88 a família é colocada em cena nas mais variadas arenas sociais, seu texto “conseguiu captar as transformações sociais que se processavam no âmbito familiar e elaborar uma redação em consonância com a Declaração Universal dos Direitos Humanos” (LIMA, 2006, p.65). Valorizando-se tanto as potencialidades e a função socializadora da família, quanto a importância dos vínculos relacionais para o indivíduo. Prevendo, também, o cuidado para com os membros desprotegidos, sejam eles adultos ou crianças, idosos ou doentes, primando que o cuidado seja oferecido no ambiente doméstico, por ressaltar a importância da convivência familiar e comunitária para o bem-estar dos indivíduos, e responsabilizando desta maneira a família pela execução dessas tarefas.

Esse aspecto pode ser claramente observado nas legislações ordinárias que servem de orientação constitucional, pois evidenciam a responsabilidade da família para assegurar a reprodução social. Para elucidar essa afirmação, citamos o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei Orgânica de Assistência Social e o Estatuto do Idoso, entre outros, que mesmo acenando para uma responsabilidade compartilhada entre Estado, sociedade e família, priorizam a família focando e reforçando sua responsabilidade para o atendimento dos seus membros.

Através da análise da mencionada legislação constata-se que cabe à família o dever de prover a proteção, ao Estado cabe a função subsidiária, fornecendo provisão pública para quem não é capaz de prover a sua manutenção ou de tê-la provida pela sua família (LIMA, 2006, p.65).

Essa centralidade na família tem reflexos também no campo das políticas sociais que compõem o tripé da seguridade social, em especial nas políticas de saúde, quando temos que, por exemplo, hoje fala-se “menos em internação hospitalar e mais em internação domiciliar, médico da família, cuidador familiar, agentes comunitários de saúde; e em programa de saúde da família, centros de acolhimento, reabilitação, convivência, etc” (CARVALHO, 2002, p.270), e também nas políticas de assistência social ao assumir “a matricialidade sócio-familiar inicialmente como princípio e, posteriormente, como diretriz do Sistema Único de Assistência Social” (MIOTO, 2008, p.144).

(...) a partir da década de 1990, acentua-se no Brasil o caráter familista do sistema de proteção social, sendo que o governo brasileiro continua organizando ações apostadas na capacidade da família de cuidar e proteger e direciona os serviços, programas e projetos para aquelas em risco de falhar ou falharam na sua função de proteção (...) a família permanece desprovida do suporte público necessário para a garantia do bem-estar de seus membros, porém tornou-se a grande referência na proteção social dos indivíduos, sendo cobrada e responsabilizada legalmente pelo exercício desta função (LIMA, 2006, p.70).

Aproximando essa discussão à necessidade dos servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC solicitarem a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, pelo fato de algum de seus familiares encontrarem-se em uma situação de saúde fragilizada, veremos a seguir quais são as redes de apoio à família, que esta tende a acessar no momento em que necessita cuidar de um de seus membros.

2.2.2 O Cuidar de um Membro da Família

No momento em que um membro é acometido por alguma vicissitude da vida natural, neste caso em especial a doença, ele via de regra passa por várias etapas, a internação (quando necessário), o retorno à residência e a reabilitação da sua saúde e, não raramente, sua família participa de todas essas etapas, até mesmo porque o ato de cuidar e/ou proteger, mesmo o Estado dando suporte em alguns aspectos, é uma função socialmente delegada à família.

(...) no que se refere à saúde, vale a pena assinalar que a ampliação das responsabilidades do Estado no setor se fez tanto nas formações capitalistas centrais quanto nos Estados socialistas, incluindo a família como uma unidade importante para o desenvolvimento dos programas de saúde (MARSIGLIA, 2002, p.188).

Nessa perspectiva, Miotto (2002) apresenta dois tipos de redes sociais acessadas pela família quando um de seus membros inspira cuidados, a primeira é denominada rede primária, constituída por um conjunto de pessoas que por afetividade se relacionam, tais como parentes, amigos e vizinhos; a segunda é a rede secundária, definida dentro de um marco institucionalizado, formada pela junção de pessoas em torno de uma mesma função, ou seja, algum grupo organizado. Identificando que essas redes sociais formam a chamada rede de apoio informal.

É no campo familiar que as pessoas aprendem e desenvolvem suas práticas de cuidado bastante influenciadas por sua cultura. Geralmente é a família que decide o momento de procurar por agentes do campo profissional ou do campo popular e também que estabelece o contato com esses profissionais. Em alguns casos, o cuidado dispensado pelos membros da família pode não ser o mais adequado, mas tem uma forte expressão simbólica, por envolver vínculos afetivos, aliança e o compartilhamento de uma história que é peculiar a cada família (SANTOS *apud* MACHADO, 2009, p.37).

Alguns outros autores como Neri (*apud* MACHADO, 2009) e Ravagni (*apud* KATO, 2009) analisam mais especificamente as redes e/ou cuidadores formais e informais que constituem algum subsistema de apoio à família e, mesmo que as discutam na perspectiva do cuidado com os idosos, esses termos se aplicam também ao cuidado com qualquer um dos membros da família independente da sua idade.

Neri (*apud* MACHADO, 2009) trata da rede de apoio formal e da rede informal. Na primeira, inclui os serviços estatais e/ou privados, como hospitais, ambulatórios e consultórios médicos e outras especialidades na área da saúde; na segunda, o agente central dos cuidados é a família, mas pode ser prestado também por um não-familiar como vizinhos e amigos. Já Ravagni (*apud* KATO, 2009), em um mesmo sentido, fala em cuidadores e os divide em duas categorias: o cuidador informal, geralmente um membro familiar que tenha um melhor relacionamento ou intimidade com a pessoa doente, prestando cuidado voluntário, ou seja, sem receber pagamento; e o cuidador formal, uma pessoa que recebeu um treinamento específico e exerce a função de cuidador mediante pagamento, ou seja, um profissional que mantém vínculos contratuais.

Como na esfera pública vivemos diante da ausência de políticas de proteção social, este papel é delegado à família e para poder atender as suas necessidades, apóia-se principalmente nas redes informais e conseqüentemente um dos seus membros acaba se tornando o chamado cuidador informal. Outro problema se dá na falta de investimento por parte do Estado naquilo que seria a rede formal de apoio das famílias, como por exemplo, na área da saúde, a precariedade do SUS.

Actualmente devido a sobrecarga do sistema de saúde, observa-se uma tendência para se diminuir o máximo possível o tempo de permanência dos indivíduos nas unidades de saúde e para transferir muitos cuidados, que antes eram tidos como hospitalares, para os serviços de apoio a comunidade e com isso para as famílias (FRANCO *apud* MACHADO, 2009, p.39).

Nesta área especificamente são adotadas estratégias como a abertura dos hospitais para a permanência dos acompanhantes, que muitas vezes dividem com os profissionais de saúde os cuidados com o doente sem receber uma preparação adequada, e continuam prestando este cuidado em casa quando o doente recebe alta hospitalar. Efetivando-se assim uma transferência de cuidados muitas vezes sem que o familiar cuidador receba por parte dos profissionais um suporte, como exemplo podemos citar, o não fornecimento de apoio, de orientação, de informações claras ou até mesmo de uma indicação para auxiliar o familiar a prosseguir o tratamento. Neste sentido, temos que “(...) não basta reprivatizar o cuidado. É necessário condições de infraestrutura e de suporte, para que as famílias possam efetivamente exercer o papel de cuidadores informais” (SANTOS *apud* MACHADO, 2009, p.39).

Outro ponto relevante diz respeito à lógica das políticas públicas brasileiras que estão predominantemente voltadas para a população mais pobre, “com isso, os serviços públicos se tornam cada vez mais seletivos o acesso a esses serviços, projetando para o futuro a reprodução da desigualdade e da exclusão social de uma grande parcela da população” (MACHADO, 2009, p.42), indo desta maneira contra o princípio de igualdade disposto na CF/88, contra os princípios da universalidade, integralidade e da equidade trazidos pelo SUS e também contra os princípios da LOAS, quando dispõe sobre a universalização dos direitos sociais e a igualdade de direitos no acesso ao atendimento. Mas, por outro lado, estão condizentes com a lógica neoliberal que “implica na redução do papel do Estado no âmbito da proteção social, havendo uma significativa contenção dos recursos destinados à garantia dos direitos sociais, especialmente da seguridade social” (MIOTO, 2002, p.52).

Nesta discussão, é importante pontuarmos também as mudanças ocorridas, atualmente, na composição das famílias, não podemos hoje tomar como referência apenas o modelo nuclear, mas sim considerar novos tipos de composição de uma família, pois para se desenvolver políticas e projetos eficientes e eficazes nessa esfera é preciso compreender a família.

[...] o ponto de partida é o olhar para esse agrupamento humano como um núcleo em torno do qual as pessoas se unem, primordialmente, por razões afetivas, dentro de um projeto de vida em comum, em que compartilham um cotidiano, e, no decorrer das trocas intersubjetivas, transmitem tradições, planejam seu futuro, acolhem-se, atendem os idosos, formam crianças e adolescente (SZYMANSKI, 2002, p.10).

Assim, identificamos que a família, independente de suas configurações, abarca o cuidado para com um de seus membros, não só porque o Estado e a sociedade delegam a ela essa tarefa, mas também pelos laços afetivos que envolvem os membros que a compõe, e é por isso que ao se pensar na implementação de ações que sejam efetivas no sentido de dar suporte à família que possui um de seus membros necessitando de cuidados, se faz imprescindível que,

(...) além de conhecer as necessidades de cuidado da pessoa dependente, também se conheça a realidade dessas famílias, suas demandas, suas crenças, seus valores e suas práticas socioculturais, para que se possa apropriá-las de modo mais eficaz. É necessário ainda que se saiba os significados dessa vivência para os membros dessas famílias e como eles os interpretam e constroem seu cotidiano de “cuidador” (SANTOS *apud* MACHADO, 2009, p.39-40).

Falar um pouco mais especificamente do cuidado se faz necessário, pois quando o servidor técnico-administrativo e docente da UFSC solicita a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família ele se torna o cuidador de um membro da sua família e acaba vivenciando os aspectos levantados até aqui e mais, não raramente, esse cuidador também acaba se tornando um sujeito que necessita de cuidados devido à sobrecarga física e emocional que o cuidar de um doente traz como consequência.

(...) por estarem expostos a situações de convivência estressante tendem a necessitar também de proteção e suporte dos serviços. Portanto, embora a família, amigos e vizinho possam ser importantes recursos para o cuidado de indivíduos, como

doentes mentais, doentes crônicos graves e outros, eles são potencialmente sujeitos necessitados de cuidados e de suporte (MIOTO, 2002, p.54).

Esse adoecimento do servidor que é eleito o cuidador de um familiar doente já foi observado nos atendimentos realizados pela DiSS, tanto que a categoria “cuidado” foi adotada pelo Serviço Social que entre outras intervenções enfatiza também a importância de cuidar de si ao cuidar do outro³⁰.

Verificamos, assim, que tanto o Estado quanto a família exercem papéis fundamentais no âmbito da proteção social, não podendo desta maneira deixar essa função a cargo apenas de um deles. O que se faz necessário é a existência de uma parceria entre ambos, para que a família possa exercer sua função protetiva com o apoio de um Estado forte que efetive e garanta direitos já conquistados, através de políticas públicas que venham atender as necessidades da família como um todo. E nesse sentido discutiremos, a seguir, as possibilidades e os limites para a construção dessa parceria entre Estado e família.

2.3 PROTEÇÃO SOCIAL: LIMITES E POSSIBILIDADES PARA O ESTADO E A FAMÍLIA

A realidade brasileira hoje nos mostra que existe uma grande contradição entre o que a legislação do país prevê em relação à proteção social, estruturada pelo tripé da seguridade social disposto na CF/88, e a direção das políticas de proteção social, que deveriam garantir a efetivação do acesso de todos aos direitos sociais através de uma rede complexa de proteção social.

[...] o período pós-Constituição de 1988, que poderia ser “a era dos direitos” no Brasil, com a conquista de “sistemas verdadeiramente públicos e universais que garantissem os direitos essenciais de cidadania”, transformou-se no acesso a “precários e mal financiados serviços públicos” (OLIVEIRA, 2007, p.18-19).

³⁰ A esse respeito ver o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: “O Serviço Social nos Processos de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família: O Cuidar do Outro e o Cuidar de Si” realizado por Kato (2009).

O texto constitucional considera que a seguridade social deve ser compreendida como um “conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência” (BRASIL, 2007, p.129), mostrando que a garantia da proteção social não está a cargo apenas de um segmento da sociedade e sim de iniciativas conjuntas entre Estado e Sociedade. Mas diante do contexto vivido hoje com a introdução da política neoliberal, que preconiza aumentar o espaço do mercado e diminuir o espaço social, com reformulações políticas e econômicas que “vêm provocando alterações profundas nas funções precípua do estado, com progressiva perda de autonomia” (OLIVEIRA, 2008, p.108), o Estado tende a se retrair cortando gastos com a área social, “flexibilizando direitos, privatizando e terceirizando serviços sociais básicos. Nesse sentido, a visão neoliberal para as políticas sociais centram-se no trinômio: privatização, focalização e descentralização” (OLIVEIRA, 2008, p.118-119).

Nessa perspectiva, responsabiliza-se a sociedade, principalmente a família, como mecanismo de proteção social sem que para isso seja lhe dado qualquer tipo de apoio, ou quando existem são inadequados. Desta maneira, o Brasil “tem dado sinais cada vez mais evidentes de processos de penalização e desproteção das famílias” (MIOTO *apud* LIMA, 2006, p.69), ou seja, a família é privilegiada a dar conta de todos os seus problemas, “retirando-se a questão do campo e da organização política, o que impede qualquer possibilidade de extensão da cidadania social” (COELHO, 2002, p.77).

Contudo, de acordo com Soares (*apud* OLIVEIRA, 2007), não podemos desconsiderar que mesmo diante das tentativas de desmonte neoliberal obtivemos algumas conquistas, chamadas pela autora de “patrimônios”, como por exemplo, o SUS, que na América Latina é o único sistema unificado de acesso universal à saúde, a Previdência Rural destinada aos trabalhadores do campo, também único na América Latina, a educação básica, a merenda escolar e os programas de transferência de renda. Outro ponto levantado pela autora é que em algumas áreas conquistou-se uma legislação avançada, como é o caso das políticas de seguridade social e da criança e adolescente.

Mesmo assim, poderíamos ter avançado muito mais, pois essas conquistas não abarcam todas as necessidades da sociedade, em especial as da família, uma vez que a atenção às suas necessidades exigem muito mais do que uma abordagem localizada e pontual, e também muito do que se avançou em termos de legislação ainda não se efetivou no cotidiano dos seus destinatários.

Neste sentido, Mioto (1997) aponta duas ponderações sobre a inter-relação entre políticas sociais brasileiras e família, a primeira diz respeito a sua centralidade em função do indivíduo, não considerando a ideia de totalidade da família, a “setorização das políticas sociais e a inexistência de canais de integração entre elas tem gerado uma inoperância em relação às famílias” (MIOTO, 1997, p.126), mostrando assim uma fragmentação no trato com as mesmas. A segunda “refere-se à reafirmação da importância que as políticas sociais, particularmente as públicas, têm no cotidiano da vida familiar” (MIOTO, 1997, p.127), a ponto de num contexto como o do Brasil, garantir condições objetivas de sobrevivência à família.

Seguindo essa reflexão, Pereira (1995) considera que se redescobriu “a importância da solidariedade informal como um recurso estratégico para a formação de parcerias entre esferas pública e privada”, ou seja, uma parceria entre o Estado, a sociedade e a família, na perspectiva da descentralidade. Mas alerta para o cuidado de não se cometer sérios equívocos, o principal deles seria pensar a família como ela era a cinquenta anos atrás, desconsiderando suas atuais configurações e modos de convivência.

Hoje em dia devolver para a família os cuidados com crianças, idosos, enfermos e deficientes, em nome da descentralização das funções do Estado e da parceria, é regredir na história das conquistas sociais e destituir direitos a duras penas conquistados (PEREIRA, 1995, p.111).

Outro equívoco apontado pela autora, é esperar que a comunidade local ainda possua um alto grau de solidariedade existente no passado, uma vez que essa característica tende a ser cada vez mais rara ou até mesmo inexistente, “esta mudança resulta da atual reorganização dos vínculos sociais, tornando as relações entre os mais próximos menos endógena do que no passado e mais preocupadas com a autonomia dos indivíduos” (PEREIRA, 1995, p.111).

Os aspectos levantados pelas duas autoras supracitadas devem ser levados em consideração no momento em que se pensa a elaboração de políticas sociais direcionadas à família. Mas antes disso, é importante destacar que o desenvolvimento dessas políticas só será garantido por um Estado forte, pois “cabe ao poder público o atendimento e o investimento dos recursos públicos em melhoria dos serviços de saúde, educação, saneamento básico, habitação, entre outros” (OLIVEIRA, 2008, p.120-121), que irão atender a família. Preocupando-se também em propor políticas públicas abrangentes, perpassando por uma concepção mais ampla, não se limitando às questões setoriais e ao reducionismo econômico, e

não esquecendo de se levar em conta, principalmente, o interesse público, objetivando “fundamentar as decisões e escolhas a serem feitas no âmbito das políticas públicas de cunho social” (OLIVEIRA, 2008, p.121).

É importante deixarmos claro, que não estamos aqui defendendo que a família deve ser eximida de qualquer responsabilidade com seus membros, deixando somente a cargo do Estado esse papel, muito pelo contrário, entendemos que a parceria entre família, Estado e Sociedade é fundamental para que sejam realmente atendidas as necessidades da família, ao mesmo tempo entendemos também que se faz necessário que o Estado se fortaleça, redefinindo o seu papel, fazendo-se presente na efetivação das Leis e na garantia de direitos já existentes. Pois reconhecemos que,

Independente de alterações e mudanças substantivas na composição e nos arranjos familiares, a família é um forte agente de proteção social de seus membros: idosos, doentes crônicos, dependentes, crianças, jovens, desempregados. Não podemos, porém, exaurir esse potencial protetivo sem lhe ofertar um forte apoio. Há aqui uma mão dupla a ser garantida (CARVALHO, 2002, p.274).

E, neste sentido, concordamos com Pereira (1995) quando fala que “tal parceria só será promissora se a família não substituir o Estado nas responsabilidades que lhe cabem, nem o Estado e a sociedade continuarem fazendo de conta que a família não mudou” (PEREIRA, 1995, p.112).

O objetivo da participação dos Estados (...) no processo de valorização da família deve, portanto, ser de incentivar a solidariedade familiar e a proteção primária que só a família pode oferecer – não importa a configuração que tenha assumido –, mas preservando sempre a margem de manobra e o desenvolvimento pessoal de todos os seus membros para poder competir em pé de igualdade no novo cenário mundial ora em evidência (PEREIRA, 1995, p.112).

De fato a esfera familiar é um lugar privilegiado de preservação da vida, “afinal, é dentro dela que se explicita o cuidado de uma geração com outra geração, especialmente com as novas gerações” (MIOTO, 1997, p.120), porém, para que a família possa exercer seu papel protetivo o Estado precisa construir políticas públicas integradas que venha atender as suas reais necessidades, pensando a família na sua totalidade.

A seguir, apresentaremos a pesquisa feita pela intitulada com os servidores atendidos pelo Serviço Social da DiSS, para refletirmos a questão da Proteção Social ofertada pelo Estado a esses servidores por meio da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, e o papel que esse mesmo Estado acaba delegando a família como rede de apoio para a proteção de seus membros.

3. LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA: COM A PALAVRA, OS USUÁRIOS DA DiSS

Esta seção tem como objetivo apresentar a pesquisa realizada, pela intitulada, com os servidores da UFSC, que solicitaram a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, analisando os resultados da pesquisa a fim de verificar a rede de proteção social que esse servidor busca acessar no momento em que um de seus membros passa por um quadro de doença.

Primeiramente, vislumbraremos os procedimentos metodológicos utilizados para a realização da presente pesquisa, em seguida, apresentaremos os sujeitos participantes da pesquisa, sabendo que todos são servidores da UFSC e que solicitaram, em diferentes situações, a referida licença.

Por fim, analisaremos as respostas apresentadas pelos sujeitos entrevistados, identificando o acesso ao direito à licença, o entendimento, sobre esse direito, sua rede de proteção social, o significado da família para esses sujeitos e sua avaliação do trabalho realizado, em parceria, entre a JMO da UFSC e o Serviço Social da DiSS.

3.1 CONSTRUINDO A PESQUISA: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa foi realizada com o intuito de investigar a rede de proteção social disponibilizada ao servidor técnico-administrativo e docente da UFSC, quando estes necessitam solicitar a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, verificando, para tanto, sua rede de apoio familiar e a garantia, pelo Estado, de políticas públicas que possam lhe auxiliar nos cuidados com o seu familiar adoecido. Assim, buscou-se conhecer o entendimento deste servidor em relação à proteção social, sua visão acerca da família, bem como, visualizar o atendimento feito pelo Serviço Social nesse trabalho realizado junto às solicitações de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

Neste sentido, verificamos que para conhecermos a realidade desse sujeito, faz-se necessário investigá-la, e é a pesquisa que nos possibilita resolver problemas e solucionar dúvidas, pois consideramos que,

Tomada num sentido amplo, pesquisa é toda atividade voltada para a solução de problemas; como atividade de busca, indagação, investigação, inquirição da realidade, é a atividade que vai nos permitir, no âmbito da ciência, elaborar um conhecimento, ou um conjunto de conhecimentos, que nos auxilie na compreensão desta realidade e nos oriente em nossas ações (PÁDUA, 2004, p. 31).

Trazendo essa discussão para o campo do Serviço Social, segundo Iamamoto (1997), a pesquisa é uma das condições essenciais para o exercício profissional do Assistente Social, sendo uma reivindicação da categoria profissional a efetivação da pesquisa como uma dimensão integrante da prática profissional, para que o Assistente Social possa propor uma intervenção comprometida com as demandas reais de seus usuários. Sendo assim, é imprescindível que esse profissional investigue e pesquise a realidade na qual está inserido, visto que

(...) há uma imperiosa necessidade de se investir, cada vez mais, na pesquisa social para a identificação dos problemas que afetam os grupos humanos, visando a identificação e a formulação de propostas de enfrentamento desses (SIMÃO e SOUZA, 2008, p.124).

E é neste sentido que a pesquisa social mostra sua importância na prática profissional do Assistente Social, pois é através dela que as respostas aos problemas advindos da sociedade poderão ser materializadas.

Assim, no momento em que realizamos uma pesquisa, precisamos definir a metodologia que adotaremos, pois em síntese, é ela que nos indicará o caminho pelo qual devemos percorrer para alcançar os objetivos propostos pela pesquisa. “A metodologia não só contempla a fase de exploração de campo (...) como a definição de instrumentos e procedimentos para análise dos dados” (DESLANTES, 2002, p.43).

De acordo com a classificação proposta por Gil (2008), com base nos objetivos da pesquisa, identificamos que a presente pesquisa tem características tanto da pesquisa exploratória que tem “o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximado, acerca de determinado fato” (GIL, 2008, p.27), neste caso, ao propiciar uma maior familiaridade com o

problema ora apresentado, através de um levantamento bibliográfico acerca da proteção social e o papel do Estado e da família nesse âmbito. Quanto da pesquisa descritiva, por ter como objetivo “estudar as características de um grupo”, através do perfil dos servidores da UFSC, entrevistados, como também ao propor estudar o seu nível de entendimento levantando “opiniões, atitudes e crenças de uma população” (GIL, 2008, p.27-28) acerca do tema pesquisado, aqui expressado pelo objetivo de identificar o que esses servidores, que solicitaram a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, entendem a respeito da proteção social e qual significado atribuem à família no seu contexto de vida.

Os procedimentos técnicos de pesquisa utilizados foram: a pesquisa bibliográfica “desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2008, p.50), isto é, o arcabouço teórico que fundamenta o objeto da pesquisa, qual seja, a proteção social, bem como, as suas características no âmbito do Estado e da família. A pesquisa documental, tanto de fontes primárias, através da pesquisa de documentos da instituição em que se realizou a pesquisa, como fontes secundárias, por meio de relatórios da DiSS, relatórios de estágio, formulários de atendimento, etc. Essa técnica proporciona “ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficientes para evitar a perda de tempo e o constrangimento que caracterizam muitas pesquisas em que dados são obtidos diretamente das pessoas” (GIL, 2008, p.147).

Além desses instrumentos, utilizamos também, estudo de campo, que segundo Gil (2008), caracteriza-se “pela interrogação direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer” (GIL, 2008, p.55), objetivando-se, assim, o aprofundamento da realidade pesquisada, através de entrevista com os servidores que compõe a amostragem da pesquisa, para identificarmos a rede de proteção social desse servidor, sua interpretação e explicações acerca do tema da pesquisa.

Os dados da pesquisa foram coletados a partir de uma entrevista, que “não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada” (NETO, 2002, p.57). Assim, optou-se por se realizar uma entrevista semi-estrutura, de seguindo um roteiro organizado por questões abertas e fechados sobre o tema (Apêndice A), que foram gravadas com a permissão dos entrevistados, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), e em seguida transcritas literalmente.

A pesquisa documental supracitada, também, possibilitou-nos coletar dados dos formulários preenchidos no momento em que os servidores pertencentes à amostragem da pesquisa solicitaram a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família e que foram atendidos pelo Serviço Social. Cabe deixarmos claro aqui que, ao citarmos nomes próprios no decorrer da análise da pesquisa, utilizamos nomes fictícios para que a identidade dos entrevistados fosse preservada.

Os dados obtidos na pesquisa foram analisados e interpretados através da correlação entre as respostas obtidas na entrevista realizada e a teoria social crítica, aproximando-se de uma abordagem dialética entre as teorias que fundamentam a relação do Estado e da família, no âmbito da proteção social, e as interpretações trazidas acerca do tema pelos entrevistados. Utilizando-se neste sentido, para a análise dos dados, tanto o método quantitativo quanto o método qualitativo.

Amplamente utilizado na condução da pesquisa, o método quantitativo representa, em princípio, a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretações, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências (RICHARDSON, 2008, p.70).

Já por outro lado,

Os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuindo no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON, 2008, p.80).

Neste mesmo sentido, Minayo (*apud* SIMÃO e SOUZA, 2008) esclarece que o método qualitativo é o que se aplica quando procuramos evidenciar percepções e opiniões explícitas nas interpretações feitas pelos seres humanos a respeito de como vivem. Evidenciadas, nesta pesquisa, através das percepções dos servidores da UFSC no que diz respeito ao seu entendimento acerca da proteção social e da família. Já em relação ao método quantitativo, objetiva trazer dados, indicadores, traçando assim um perfil dos sujeitos da pesquisa.

A seguir, trataremos de apresentar os sujeitos da pesquisa.

3.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos desta pesquisa são constituídos pelos servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC que solicitaram a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, no período entre agosto de 2009 e setembro de 2009, o que representou um universo de 38 (trinta e oito) servidores atendidos. Em função do próprio tempo que tínhamos para a elaboração da presente pesquisa, optamos por estipular uma amostragem dentro deste universo, verificamos que uma amostra de 10 (dez) servidores seria um número expressivo para atender aos objetivos da pesquisa, o que totalizou um percentual de aproximadamente 26,31% dos atendimentos realizados pelo serviço social nesse período.

A seleção dos servidores que fariam parte da amostragem da pesquisa foi realizada de forma intencional, pois a amostragem intencional “[...] constitui um tipo de amostragem não probabilística e consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerada representativo de toda a população” (GIL, 2008, p.94). Como nossa intenção maior na pesquisa foi verificar a rede de proteção acessada por esse servidor quando este se encontra com um familiar doente, selecionamos servidores de diferentes setores da Universidade, tentando abranger cargos e/ou funções distintas, como também períodos diferentes de atendimento, para termos uma visão de como o acesso a esse direito estava se dando a partir da introdução do Serviço Social no atendimento a essa demanda.

O acesso aos entrevistados foi realizado através dos seguintes procedimentos: primeiramente, levantamos todos os atendidos no período estipulado para a realização da pesquisa, em seguida, definimos quais seriam os entrevistados. Assim, entramos em contato por telefone com os servidores selecionados para a amostragem, falando dos objetivos da pesquisa e convidando-os a participarem através da realização de uma entrevista, porém, encontramos algumas dificuldades, tais como, muitos dos que haviam sido selecionados previamente encontravam-se em licença médica para tratamento da própria saúde, outros não se mostravam muito dispostos a participar e, ainda, alguns que não conseguíamos contactar por causa do horário de trabalho. A cada servidor selecionado que não conseguíamos entrevistar selecionávamos outro, para que conseguíssemos fechar um total de 10 (dez)

entrevistas, que era nossa meta, e mesmo diante dos imprevistos, conseguimos atingir a meta estipulada.

A partir do momento em que conseguíamos contato com o servidor que tínhamos interesse de entrevistar, e diante da sua manifestação de vontade de participar da pesquisa, marcávamos um dia e um local que o servidor considerava melhor para nos atender. A grande maioria escolheu o próprio setor em que trabalha, com exceção de um dos entrevistados que optou por se deslocar até a sala de atendimento do Serviço Social da DiSS.

Ao pedirmos autorização para gravar as entrevistas, os servidores, na sua maioria, não se importavam e autorizavam a gravação da mesma, apenas duas entrevistas não conseguimos gravar devido ao local escolhido, pois como esses servidores estavam nos seus locais de serviço e, em horário de trabalho, ao mesmo tempo em que respondiam as perguntas para a pesquisadora, estavam desempenhando suas funções, o que ocasionava certo barulho e incômodo ao gravar suas falas.

Cabe destacar, mais uma vez que os lugares e horários para a realização das entrevistas foram definidos conforme a vontade expressa pelos entrevistados, pois deixamos a cargo deles escolherem o melhor lugar e horário para a sua realização. Desta forma, as entrevistas realizadas nos setores de trabalho dos entrevistados que foram gravadas, somente o foram porque esses conseguiram realizar a entrevista em uma sala reservada, e delimitar um tempo para se dedicarem apenas a essa atividade.

Desta maneira, para evitar a perda de dados, as transcrições das entrevistas, as anotações e as observações feitas foram tabuladas, e as perguntas abertas transcritas literalmente, obtendo-se, desta forma, dados completos e fidedignos, que reproduzem de forma mais completa possível o contexto de uma entrevista.

Neste momento, então, apresentaremos o perfil dos servidores entrevistados.

3.2.1 O Perfil dos Sujeitos da Pesquisa

O perfil dos entrevistados foi obtido através dos dados coletados nos formulários de atendimento do Serviço Social da DiSS, das informações obtidas na própria instituição, mais especificamente na PRDHS, como também das entrevistas realizadas, que nos trouxeram algumas características desses servidores que não estavam contidas nos formulários. Portanto, primeiramente, apresentaremos por meio de tabelas o perfil dos servidores entrevistados, elencando suas principais características.

Iniciamos, assim, apresentando o perfil dos servidores entrevistados, em relação à categoria que pertencem, pois a Universidade conta, para o seu funcionamento, com técnico-administrativos e docentes, assim temos:

Tabela 01 – Categoria dos servidores entrevistados

CATEGORIA	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS	10	100%
DOCENTES	00	00%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Em relação à tabela acima apresentada, verificamos que 100% dos entrevistados são servidores técnico-administrativos, ou seja, não contamos com nenhum docente. Um dos motivos de obtermos esse resultado é o fato de que no período contemplado pela pesquisa as solicitações de licença se deram em maior número por essa categoria de servidores.

Porém, cabe pontuarmos que se verificarmos o número total de servidores técnico-administrativos e de docentes da UFSC veremos que a quantidade de docentes é inferior a de técnico-administrativos. De acordo com levantamento realizado em julho de 2009 pela PRDHS³¹, observamos que dos 4.743 (quatro mil, setecentos e quarenta e três) servidores que compõem o quadro funcional da UFSC, 2.751 (dois mil, setecentos e cinquenta e um) são técnico-administrativos, e 1.992 (um mil, novecentos e noventa e dois) são docentes.

³¹ Levantamento realizado em 01/07/2009 pelo Departamento de Desenvolvimento e Atenção Social e à Saúde (DDAS) vinculado a Pró-Reitoria de Desenvolvimento Humano e Social (PRDHS).

Desta maneira, podemos concluir que por uma questão de maior incidência no quadro funcional da Universidade, os técnico-administrativos, por serem em maior número, constituiriam o maior percentual de solicitantes da licença.

A tabela abaixo apresenta o sexo dos entrevistados:

Tabela 02 – Sexo dos servidores entrevistados

GÊNERO	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
FEMININO	07	70%
MASCULINO	03	30%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Em relação à tabela anterior, verificamos que 70% dos entrevistados são do sexo feminino e 30% do sexo masculino.

Bernardo (2007), em um estudo sobre a prevalência do gênero feminino na prestação de cuidados, destaca que alguns estudos apontam que o sexo feminino tem uma predisposição para o exercício do cuidado, pelo fato das mulheres possuírem características geralmente mais dóceis e sensíveis. Por outro lado, outros estudos demonstram que os cuidados não são prestados de forma natural pelo sexo feminino, pelo contrário, é uma questão determinada “por aspectos relativos à sobrevivência do núcleo familiar e que impõe às cuidadoras uma dedicação senão total, ao menos parcial de suas vidas a essa tarefa” (BERNARDO, 2007, p.04).

Porém, não podemos analisar nesta pesquisa a categoria gênero por dois motivos específicos, primeiramente, cabe destacar que a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família está disposta no RJU que institui os direitos e deveres do funcionário público federal, portanto, apenas o funcionário público tem direito a essa licença. Desta maneira, para afirmarmos a incidência do gênero feminino como principal cuidador nesse âmbito, teríamos que verificar dentre os casais e/ou irmãos, em que todos são servidores público federal, qual deles solicita essa licença com mais frequência.

Outro ponto a ser considerado, é que, segundo dados obtidos na PRDHS, o número de servidores técnico-administrativos do sexo feminino na UFSC é maior que o dos servidores técnico-administrativos do sexo masculino, temos 1.544 (um mil, quinhentos e quarenta e

quatro) mulheres, contra 1.207 (um mil, duzentos e sete) homens. Verificamos então, que mesmo não sendo uma grande diferença, ainda sim o sexo predominante entre os servidores técnico-administrativos é o feminino, o que nos leva a concluir que esse é um dos motivos pelos quais obtivemos mais solicitantes da referida licença entrevistados do sexo feminino.

Dando continuidade, segue a tabela que demonstra a idade dos servidores entrevistados:

Tabela 03 – Idade dos servidores entrevistados

IDADE	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
42-45ANOS	02	20%
46-50 ANOS	02	20%
51-55 ANOS	03	30%
56-60 ANOS	03	30%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Quanto à idade dos entrevistados, podemos ressaltar que 20% apresentaram idades entre 42 e 45 anos; na mesma proporção 20% com idades de 46 a 50 anos; outros 30% tem idade entre 51 e 55 anos; com o mesmo percentual 30% encontram-se com idades entre 56 e 60 anos.

Verificamos aqui, que a concentração maior de servidores técnico-administrativos que solicita a licença está entre os que têm idade superior a 40 (quarenta) anos, e levando-se em consideração a faixa etária dos servidores técnico-administrativos da UFSC, de acordo com a PRDHS, temos que 2.230 (dois mil, duzentos e trinta) servidores técnico-administrativos têm idade superior a de 39 (trinta e nove) anos, e apenas 521 (quinhentos e vinte e um) possuem idade inferior a 39 (trinta e nove) anos.

Fator esse que contribui para que o servidor que solicita a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família tenha, na sua maioria, mais de 40 (quarenta) anos, como verificamos no perfil dos servidores entrevistados.

A seguir, verificaremos o estado civil dos servidores entrevistados:

Tabela 04 – Estado Civil dos servidores entrevistados

ESTADO CIVIL	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
SOLTEIRO/A	01	10%
CASADO/A	09	90%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição

Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

No que se refere ao estado civil dos entrevistados, 90% destes dizem serem casados, e apenas 10% são solteiros.

Verificamos a prevalência de famílias constituídas por cônjuges, na sua totalidade casais heterossexual e com mais de um filho, identificando assim, nesta pesquisa, a predominância de famílias nucleares, constituídas por pai, mãe e filhos.

Porém, não podemos deixar de citar que dois dos entrevistados casados e o solteiro, disseram não possuir filhos, o solteiro caracterizou seu núcleo familiar como sendo sua irmã e seus dois sobrinhos.

Segundo Lima (2006), o arranjo familiar predominante no Brasil é o nuclear (casal com filhos), entretanto, nas últimas décadas, algumas pesquisas vêm apontando uma constante queda deste tipo de arranjo.

Conclui-se que quase 50% das famílias brasileiras vivem em outros tipos de arranjo familiar, o que é extremamente significativo e não pode ser desconsiderado, tanto nos estudos e análises sobre família, como principalmente na elaboração e execução das políticas públicas (LIMA, 2006, p.26).

Esta constatação é relevante à medida que trabalhamos com famílias, pois embora a família nuclear ainda seja o modelo predominante, ele não é o único. Neder (*apud* MARTINS 2008) alerta para a importância de um olhar atento às diferenças ético-culturais presentes na sociedade brasileira e também para respeitarmos politicamente as diferenças, evitando assim, “paradigmas de família regular x família irregular, responsável, em larga medida, pelos preconceitos” (NEDER *apud* MARTINS 2008, p.45).

Em relação ao nível de escolaridade dos entrevistados, verificamos que:

Tabela 05 – Escolaridade dos servidores entrevistados

ESCOLARIDADE	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
FUNDAMENTAL	01	10%
MÉDIO	06	60%
SUPERIOR	01	10%
PÓS-GRADUAÇÃO	02	20%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
 Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Com relação ao grau de escolaridade dos entrevistados, percebeu-se que com maior expressividade, ou seja, 60% dos entrevistados têm ensino médio; 20% têm pós-graduação, 10%; apresentam nível superior, e com a mesma proporção 10% relataram ter ensino fundamental.

Destacamos aqui, a ocorrência de 01 (um) servidor que possui apenas o ensino fundamental, fazendo uma comparação com a idade predominante dos servidores que é acima de 40 (quarenta) anos, leva-nos a concluir que esses servidores, na sua maioria, já possuem 25 (vinte e cinco) anos ou mais de trabalho na UFSC. Verificarmos que a exigência de escolaridade anos atrás – para concorrer a uma vaga de emprego dentro da Universidade, por meio de concurso público – era menor, não que atualmente não se tenha oportunidade para os que possuem uma escolaridade menor, mas sabemos que o critério “nível de escolaridade”, hoje em dia, é um dos principais fatores de seleção de trabalhadores.

Esses números nos fazem refletir, também, acerca do incentivo e da motivação que esses servidores deveriam ou poderiam ter em adquirir maiores níveis de escolaridade, tendo em vista o fato de estarem inseridos no contexto de uma Instituição de Ensino Superior; retomando o que dispõe o art. 208 da CF/88, sobre o dever do Estado de garantir e assegurar o direito à educação como um dos mais relevantes direitos sociais, colocando o ensino fundamental como obrigatório e gratuito. Seguindo esse pensamento da Carta Magna, Veronese (2008) afirma que “este fato demonstra um retrocesso, visto que quanto maior a obrigação no oferecimento de níveis educacionais maior a possibilidade de tornar conscientes e livres os membros de uma sociedade” (VERONESE, 2008, p. 84).

Analisaremos, a seguir, o cargo/função exercida pelos servidores entrevistados:

Tabela 06 – Cargo/Função exercida pelos servidores entrevistados

CARGO/FUNÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
AGENTE DE PORTARIA	01	10%
ASS. ADMINISTRAÇÃO	02	20%
ASS. ALUNO	01	10%
AUX. ADMINISTRAÇÃO	01	10%
AUX. ENFERMAGEM	01	10%
CONTADOR	01	10%
COZINHEIRA	01	10%
ENGENHEIRO CIVIL	01	10%
FARMACÊUTICO	01	10%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

No que se refere ao cargo e/ou função exercida pelo servidor entrevistado, verificamos que 20% são assistentes em administração, e os demais perfazem 10% cada cargo e/ou função elencada, sendo elas, agente de porteiro, assistente de aluno, auxiliar de administração, auxiliar de enfermagem, contador, cozinheiro, engenheiro civil e farmacêutico.

Fazendo uma reflexão com base, também no nível de escolaridade dos entrevistados apresentados na tabela anterior, verificamos que os servidores que possuem nível superior e pós-graduação são exatamente aqueles que seu cargo e/ ou função prevê como condição esse nível escolar para ser exercido, quais sejam: engenheiro civil, contador e farmacêutico. Os demais cargos e/ou funções elencadas não trazem como pré-requisito a obtenção de graduação, pois são funções que quando oferecidas em concurso público exigem apenas que os candidatos tenham no máximo o ensino médio.

Esta questão reforça a importância da educação para diminuir a desigualdade social, quanto ao acesso a trabalhos com uma melhor remuneração. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, em consonância com a Constituição Federal, aponta a educação como meio de preparar a pessoa para o exercício da cidadania, mas, como expressa Saviani (1997):

[...] Para ser cidadão, isto é, para participar ativamente da vida na cidade, do mesmo modo que para ser trabalhador produtivo, é necessário o ingresso na cultura letrada. E se essa é considerada como um processo formalizado, sistemático, só pode ser atingida através de um processo educativo também sistemático. A escola é a instituição que propicia de forma sistemática o acesso à cultura letrada, reclamado pelos membros da sociedade moderna. (SAVIANI, 1997, 03).

Abaixo, apresentamos a tabela que contempla os setores em que os servidores entrevistados estão lotados.

Tabela 07 – Setores da UFSC em que os servidores entrevistados estão vinculados

SETOR	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
CA	01	10%
CCE	01	10%
CFH	01	10%
CTC	01	10%
DCF	01	10%
DMSG	01	10%
ETUSC	01	10%
HU	02	20%
RU	01	10%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Essa tabela nos mostra que 20% dos entrevistados são servidores do Hospital Universitário, e 10% são de diferentes setores da UFSC. Esse resultado é a expressão da intencionalidade da amostra estipulada para a realização da pesquisa.

É importante destacar que devido às proporções da UFSC, com seus vários setores, divisões, departamentos, pró-reitorias, centros de ensino, etc., não foi possível contemplar na totalidade todos esses espaços, até mesmo porque os atendimentos feitos pelo Serviço Social da DiSS junto aos servidores que solicitaram a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, no período analisado na pesquisa, não conta com solicitações de todos os setores da Universidade, tendo em vista também que o Serviço Social não atende todas as solicitações de licença, pois foi estipulado que passariam pelo Serviço Social os servidores que solicitassem licença com prazos acima de 10 (dez) dias.

Por outro lado, verificamos que entre os entrevistados 20% são funcionários do HU, isso se deu devido à maior incidência de servidores do Hospital na solicitação da referida licença, fato este comprovado, tanto no levantamento dos atendimentos realizados pelo Serviço Social da DiSS, no período estipulado para a pesquisa, quanto pelo levantamento da

PRDHS que demonstra a distribuição dos afastamentos dos servidores, mostrando que no ano de 2008 até julho de 2009 os servidores que mais solicitaram licenças³² foram os do HU.

Esse dado nos leva a pensar que esses servidores, por estarem diretamente ligados ao setor da saúde, são os “eleitos” a cuidar do familiar adoecido, mas por outro lado, vale relembrar que o direito a essa licença está diretamente ligado à condição de servidor público, pois só ele pode solicitar a licença. Para afirmarmos com maior precisão que são realmente os funcionários do HU os maiores eleitos para cuidar do seu familiar adoecido, teríamos que levantar as famílias que possuem mais de um servidor público como membro, sendo que um deles deve ser servidor do HU e os demais não.

Os servidores entrevistados residem nas seguintes cidades:

Tabela 08 – Cidade em que os servidores entrevistados residem

CIDADE	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
FLORIANÓPOLIS	08	80%
PALHOÇA	01	10%
SÃO JOSÉ	01	10%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Quanto à cidade dos entrevistados, podemos ressaltar que 80% residem em Florianópolis e os demais residem na região da grande Florianópolis, especificamente, 10% em Palhoça e 10% em São José.

Refletimos que obtivemos esses números pelo fato do Campus Universitário da UFSC estar localizado na cidade de Florianópolis, o que faz com que seus servidores se concentrem, na sua maioria, nesta mesma cidade. E os que não moram em Florianópolis, residem em cidades próximas, na chamada região da grande Florianópolis.

Na sequência, apresentaremos as características mais relevantes referentes ao familiar adoecido que levou o servidor entrevistado a solicitar a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

³² Este levantamento mostra o total de afastamento por licenças, contemplando, portanto a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, licença médica para o próprio servidor e licença gestação.

3.2.2 Características do Familiar Doente

As características dos familiares doentes dos servidores entrevistados que serão aqui elencadas, foram obtidas por meio dos formulários de atendimentos do Serviço Social da DiSS, preenchidos com esses servidores no momento em que solicitaram a Licença por Motivo de Doença em Pessoas da Família, como também dados coletados durante as entrevistas realizadas.

Com relação ao grau de parentesco do familiar doente em relação ao servidor entrevistado temos:

Tabela 09 – Grau de Parentesco dos familiares doentes em relação aos servidores entrevistados

GRAU DE PARENTESCO	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
CONJUGE	02	20%
FILHO/A	04	40%
MÃE	03	30%
OUTROS (IRMÃ)	01	10%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição

Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Considerando-se o grau de parentesco dos familiares doentes em relação aos entrevistados, percebeu-se, com maior expressividade, que 40% são filhos dos entrevistados, 30% são mães dos entrevistados, 20% são cônjuges e 10% são outros, neste caso, especificamente, uma irmã.

Se compararmos essa tabela com a que relaciona o estado civil dos entrevistados, visualizamos que a maioria é casados e disse ter filhos, o que nos leva a concluir que esse é um dos motivos pelos quais os filhos aparecem com maior frequência entre os familiares do servidor que necessita solicitar a licença.

Temos, também, um número expressivos de mães que necessitam dos cuidados dos servidores, que neste caso são os filhos, se verificarmos a idade dos entrevistados, notaremos

que a maioria tem mais de 40 (quarenta) anos, o que nos leva a concluir que suas mães são idosas e por conta dessa condição necessitam de maiores cuidados.

Em relação à incidência do cônjuge como o familiar que necessitava de cuidados, achamos relevante destacar que entre os entrevistados identificamos a ocorrência de ambos os sexos, ou seja, um homem (marido) e uma mulher (esposa) que solicitaram a licença.

Nesse contexto, o que evidenciamos como o fato mais importante foi o da licença ser concedida a um servidor que necessitava cuidar da irmã, pois se verificarmos o disposto no art. 83 do RJU, que elenca o grau de parentesco permitido para solicitar a licença, irmão não está apreciado por esse artigo. Assim, vislumbramos que essa solicitação foi atendida devido à intervenção feita pelo Serviço Social junto às solicitações dessa licença, pois foi através do parecer social que esse direito foi garantido a esse servidor.

Sabendo, então, que o profissional do Serviço Social tem como um dos seus princípios a ampliação de direitos dos seus usuários, e nesta situação, em especial, sabendo também que um dos objetivos do Serviço Social neste atendimento em parceria com a JMO, nos pedidos de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, é elaborar um Parecer Social da situação apresentada pelo servidor e apresentar a JMO, para que esta possa homologar ou não o pedido da licença, o Serviço Social com seu olhar ampliado, não se prendendo apenas à lei, teve a oportunidade de visualizar a necessidade de um direito ser ampliado quando este já não mais atende o que a realidade vivida pelo nosso usuário apresenta. Reafirmando o compromisso com o Código de Ética, art. 5º, são deveres do Assistente Social: “Contribuir para a viabilização da participação efetiva da população usuária nas decisões institucionais; democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos usuários” (BRASIL, 2006, p.42).

A tabela abaixo nos mostra a idade dos familiares doentes dos servidores entrevistados:

Tabela 10 – Idade dos familiares doentes dos servidores entrevistados

IDADE	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
23-24ANOS	02	20%
26-30ANOS	02	20%
52-55ANOS	02	20%
57 ANOS	01	10%
72 ANOS	01	10%
79 ANOS	01	10%
84 ANOS	01	10%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Quanto à idade dos familiares doentes dos entrevistados, podemos ressaltar que 20% apresentaram idades entre 23 e 24 anos, na mesma proporção, 20% com idades de 26 a 30 anos; outros 20% tem idade entre 52 e 55 anos; com o mesmo percentual, 10% encontram-se com idades entre 57 e 84 anos.

Esses resultados são o reflexo, tanto do grau de parentesco do familiar doente em relação ao servidor entrevistado (tendo em vista que a maior incidência foi a dos filhos e em segundo das mães, seguido do cônjuge) quanto da idade dos servidores entrevistados (a maioria tem mais de 40 (quarenta) anos), concluímos que esses possuem filhos com mais de 20 (vinte) anos, e cônjuge com a idade próxima a do entrevistado, como também mães idosas com idade superior a 70 (setenta) anos.

Vejamos agora a situação sócio-econômica dos familiares doentes dos entrevistados:

Tabela 11 – Situação sócio-econômica dos familiares doentes dos servidores entrevistados

SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
TRABALHA – LICENÇA MEDICA	04	40%
AUTÔNOMO	02	20%
APOSENTADO	02	20%
PENSIONISTA	01	10%
SEM RENDA	01	10%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Com relação à situação sócio-econômica dos familiares doentes dos entrevistados, percebeu-se que, com maior expressividade, 40% trabalham e estavam de licença médica na

ocasião em que se encontrava doente, 20% são aposentados, na mesma proporção identificamos os autônomos, ou seja, trabalham por conta própria, e 10% são pensionistas ou sem renda fixa.

Identificamos que esse resultado é reflexo da idade dos próprios familiares doentes apresentadas na tabela anterior, como temos um número maior de adultos com idades entre 23 (vinte e três) e 55 (cinquenta e cinco) anos, que já tem condições de iniciarem e/ou já estarem exercendo uma atividade laboral, tanto com um emprego formal, que lhe dá direito a licença médica, quanto informal, no caso dessa pesquisa, os trabalhadores autônomos identificados, um engenheiro civil e um comerciante. A incidência de aposentados e/ou pensionistas também é reflexo de suas idades, tendo em vista as mães idosas identificadas como o familiar adoecido do servidor entrevistado. Destacamos a ocorrência apenas de um familiar sem renda que era uma das mães idosas, dona de casa, casada, vivendo com seu marido aposentado.

Quanto à ocorrência, ou não, do familiar doente do servidor possuir plano de saúde, obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 12 – O familiar doente do servidor entrevistado possui ou não plano de saúde

PLANO DE SAÚDE	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
SIM	08	80%
NÃO	02	20%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Verificamos que 80% dos familiares doentes possuem plano de saúde, e apenas 20% não possui plano de saúde.

Esses resultados nos fazem refletir acerca da confiabilidade para com o SUS, pois mesmo a saúde estando disposta na CF/88 como sendo um direito de todos e um dever do Estado, e verificando junto a Lei Orgânica da Saúde que a iniciativa privada pode participar, mas em caráter complementar, vislumbramos que um número expressivo dos familiares doentes dos entrevistados se sente mais seguro em procurar recursos privados de saúde do que recorrer ao sistema público. E entre os que não possuem plano de saúde, um deixou claro que não possui por não ter condições financeiras de arcar com os custos do plano de saúde, e outro disse confiar mais no sistema público, mas deixou claro que as solicitações do seu familiar só

foram atendidas porque trabalha na área da saúde e conhece algumas pessoas que “facilitaram” o atendimento.

Cabe destacar aqui, que essa discussão voltará a ser analisada mais adiante, quando verificarmos a rede de proteção social acionada pelos entrevistados, que na sua maioria citou a proteção à saúde como uma das mais significantes.

Tabela 13 – Local que os familiares doentes dos servidores entrevistados necessitam dos cuidados

LOCAL	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
RESIDÊNCIA ³³	06	60%
RESIDÊNCIA DO FAMILIAR ³⁴	02	20%
RESIDÊNCIA DO SERVIDOR ³⁵	01	10%
OUTROS (HOSPITAL)	01	10%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Quanto ao local que o familiar doente do entrevistado necessita que os cuidados sejam prestados, verificamos que 60% é na residência de ambos, ou seja, doente e entrevistado residem juntos; 20% dos entrevistados precisaram se deslocar até a residência do familiar doente; e os demais com o mesmo percentual de 10% deslocaram o doente até a sua residência e/ou prestaram os cuidados no hospital em que o doente estava internado.

O dado mais expressivo aqui, foi o da maioria necessitar dos cuidados na residência de ambos, sendo reflexo do grau de parentesco que verificamos ser na maioria filhos que residem com os pais, como também a incidência de cônjuges, que se subentende que moram juntos. Destacando aqui, também, a irmã que necessita de cuidados que reside com o servidor entrevistado.

O familiar que necessitou se deslocar até a casa do servidor entrevistado para receber os cuidados foi um dos filhos, que já não mais reside com os pais. E tanto os servidores que necessitaram se deslocar até a casa do familiar adoecido, quanto o que prestou

³³ Situação em que servidor e familiar doente residem na mesma residência.

³⁴ Situação em que o familiar doente se deslocou até a residência do servidor para receber os cuidados.

³⁵ Situação em que o servidor necessitou se deslocar até a casa do familiar doente para prestar os cuidados.

os cuidados no hospital, foram os servidores que tinham suas mães doentes. Os que se deslocaram até a casa do seu familiar o fizeram, porque o doente não quis sair da sua residência e/ou o entrevistado avaliou que não necessitava trazer o doente até a sua residência. Já o que prestou cuidados no hospital, estava acompanhando o doente, neste caso uma idosa, tendo em vista que hoje o paciente idoso internado tem direito a ter um acompanhante consigo no hospital³⁶.

Abaixo, segue a tabela que mostra os tipos de doenças apresentadas pelos familiares doentes dos servidores entrevistados:

Tabela 14 – Tipo da doença dos familiares doentes dos servidores entrevistados

DOENÇA	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
CIRURGIA CARDÍACA	01	10%
CIRURGIA ORTOPÉDICA (JOELHO)	01	10%
CA – INTESTINO	01	10%
AVC	01	10%
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, BRONQUENTASIA, REFLUXO GASTROESOFÁGICO E ARITMIA CARDÍACA	01	10%
FRATURA NO QUADRIL, DIABETES, HIPERTENÇÃO E CA	01	10%
ANGIOPLASTIA	01	10%
DEMÊNCIA	01	10%
ACIDENTE – CIRURGIA PÉ	01	10%
GASTROPLÁSTIA	01	10%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Verificamos aqui, a incidência de diferentes tipos de doença, em uma proporção de 10% cada. Os resultados são também expressões da escolha em construir a amostragem da pesquisa de forma intencional, na busca de obtermos diferentes situações de doença para verificarmos como se constitui a rede de proteção do entrevistado em situações distintas.

Merece destaque aqui, a incidência de duas situações em que o familiar doente possui mais de uma doença, verificamos que estes dois casos específicos foram apresentados por familiares idosos, e por conta da idade e do quadro de saúde, já falecerem.

³⁶ Direito reconhecido pela Portaria nº 280/99 do Ministério da Saúde, que prevê, em seu art.1º, “tornar obrigatório nos hospitais públicos, contratados ou conveniados com o Sistema Único de Saúde (SUS), a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes maiores de sessenta anos de idade, quando internados” (DIBAI e CADE, 2007, p.122).

A seguir, vejamos a tabela que identifica o quadro da doença do familiar do entrevistado:

Tabela 15 – Quadro da doença dos familiares doentes dos servidores entrevistados

QUADRO DA DOENÇA	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
AGUDO	06	60%
CRÔNICO	03	30%
AGUDO/CRÔNICO	01	10%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Verificamos aqui, que 60% dos familiares doentes possuem uma doença aguda, ou seja, com perspectiva de cura; 30% possuem um estado crônico de doença, ou seja, sem perspectiva de cura; e 10% com doenças em estado crônico e agudo, pois possuem mais de uma doença. Se compararmos esses dados com um estudo já realizado por Kato (2009), referente à Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, observamos que grande parte das solicitações dessa licença são em função de doenças de estágio agudo,

Em 70% das entrevistas, o servidor estava requerendo a licença para acompanhar pessoa doente em situações nas quais o quadro da doença é considerado agudo, ou seja, acidentes, cirurgias. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, doenças crônicas são doenças de longa duração e geralmente se desenvolve lentamente. Isso é percebido em 30% das situações atendidas (KATO, 2009, 42).

Se relacionarmos esse quadro com o apresentado anteriormente, que nos traz as doenças dos familiares dos entrevistados, verificamos que a maioria das doenças apresentadas possuem prognóstico de cura, seja ela de médio ou de longo prazo. Já as crônicas são doenças relacionadas à idade, pois como já identificado, temos um número expressivo de idosos entre os familiares que necessitam de cuidados dos servidores entrevistados.

Cabe destacar aqui, que os cuidados com a pessoa idosa estão assegurados de forma prioritária em seu Estatuto, vejamos:

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à

liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2006, p.219).

Vemos aqui, que a responsabilidade com a proteção à pessoa idosa não está a cargo apenas de um segmento da sociedade, sendo este um dever tanto da família quanto do Estado. Porém, com a falta de recursos públicos, de políticas públicas condizentes com as necessidades dessa parcela da população, a família acaba por ser a única responsável em proteger o seu familiar idoso.

Vejamos agora, quais principais cuidados os entrevistados necessitaram exercer para com seus familiares doentes:

Tabela 16 – Cuidados necessários com os familiares doentes dos servidores entrevistados (múltipla resposta).

CUIDADOS	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
LOCOMOÇÃO INTERNA	07	23%
ALIMENTAÇÃO	06	20%
BANHO	06	20%
LOCOMOÇÃO EXTERNA	06	20%
OUTROS	05	17%
TOTAL	30	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição

Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Os principais cuidados necessários para com os familiares foram: 23% necessitavam de auxílio para locomoção interna, ou seja, na residência; 20% necessitavam de locomoção externa, alimentação e banho; os demais 17% necessitavam de outros cuidados, como administração de medicamentos, aplicações, entre outros.

Tendo em vista que essa era uma pergunta com alternativas de múltipla escolha, e que verificamos as doenças dos familiares anteriormente, identificamos que muitas delas obrigam que se tenha mais de um cuidado específico.

A seguir, apresentaremos alguns dados referentes à licença.

3.2.3 Dados da Licença

Apresentaremos, agora, dados referentes à licença no que diz respeito ao período em que o servidor entrevistado solicitou a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, ao número de dias solicitados e também se houve ou não a necessidade de solicitar a prorrogação da referida licença, sabendo que esta pode ser solicitada por um período de 30 (trinta) dias, podendo ser prorrogada por mais 30 (trinta) dias com remuneração, necessitando nesta prorrogação a avaliação, novamente, tanto do Serviço Social quanto da médica.

Os dados aqui apresentados foram retirados dos formulários de atendimento do Serviço Social da DiSS e completados, quando necessário, no momento das entrevistas realizadas para a pesquisa.

Em relação ao período em que o servidor entrevistado solicitou a licença temos:

Tabela 17 – Período (mês/ano) da solicitação da licença pelo servidor entrevistado

DIAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
OUTUBRO/2008	02	20%
DEZEMBRO/2008	01	10%
ABRIL/2009	02	20%
JUNHO/2009	02	20%
JULHO/2009	01	10%
AGOSTO/2009	01	10%
SETEMBRO/2009	01	10%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Verificamos que 20% dos entrevistados solicitaram a referida licença nos meses de outubro de 2008, abril de 2009 e junho de 2009, os demais se distribuíram com igual percentagem de 10% nos meses de dezembro de 2008, julho de 2009 e setembro de 2009.

Esses resultados foram obtidos nesta proporção devido a intencionalidade na construção da amostragem, que se preocupou em escolher diferentes datas de solicitação da licença. Escolhemos alguns servidores do ano de 2008 para serem entrevistados, pois foi neste ano que o Serviço Social iniciou seu trabalho mais sistematizado junto às solicitações da

Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. Os escolhidos do ano de 2009 se deram respeitando os critérios estabelecidos para a construção da amostragem, que foram: elencar servidores de diferentes setores e com familiares que apresentassem diferentes quadros de doença, como também a ocorrência em períodos distintos para avaliarmos o acesso a esse direito contando com a intervenção do Serviço Social.

A seguir, veremos o número de dias de afastamento que o servidor entrevistado necessitou para prestar os cuidados para com seu familiar:

Tabela 18 – Número de dias solicitados no primeiro atendimento pelos servidores entrevistados

DIAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
10 DIAS	01	10%
11 DIAS	01	10%
14 DIAS	01	10%
15 DIAS	04	40%
30 DIAS	03	30%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição

Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Com relação ao número de dias solicitados pelo servidor para permanecer afastado do serviço para cuidar do seu familiar doente temos que: 40% solicitou 15 dias, 30% solicitou 30 dias, e os demais, em igual proporção de 10%, solicitaram 10 dias, 11 dias e/ou 14 dias.

A solicitação do número de dias tem relação direta com o tipo da doença do familiar doente, nas situações em que o quadro se apresenta grave e/ou crônico a tendência é que se necessite de quantidades maiores de dias. Mas cabe aqui ressaltar, também, que o número de dias necessários para os cuidados deve estar estipulado no atestado fornecido, pelo médico assistente do familiar doente, ao servidor e este, por sua vez, ao passar pela perícia médica na JMO apresenta esse atestado, e diante do parecer social elaborado pelo Serviço Social e do parecer de um dos médicos da JMO que avalia a necessidade do servidor afastar-se ou não pelo tempo estipulado pelo médico assistente.

Em algumas situações, já se avaliou que, levando em consideração a saúde do próprio servidor, era mais saudável para este dividir os cuidados com outro familiar e/ou diante de suas possibilidades, contratar um cuidador ou até mesmo, mediante acordo com a

chefia, fazer uma carga horária menor por dia para que o doente voltasse a sentir confiança em ficar sozinho. E desta maneira, muitas vezes, não se faz necessário o servidor usufruir o número total de dias solicitados pelo médico assistente do seu familiar doente.

A tabela abaixo nos mostra quantos servidores entrevistados solicitaram a prorrogação da licença:

Tabela 19 – Prorrogações da licença solicitadas pelos servidores entrevistados

PRORROGAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
SIM	05	50%
NÃO	05	50%
TOTAL	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Verificamos aqui, a incidência de uma percentagem igual entre os que solicitaram e os que não solicitaram a prorrogação da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, num total de 50% em ambos os casos.

Entre os que solicitaram a prorrogação da licença estão os entrevistados que possuíam familiares com doenças crônicas e/ou com doenças que a recuperação se dá de forma mais lenta. Verificamos em duas situações que as solicitações de prorrogação foram interrompidas devido ao falecimento dos familiares.

Destacamos aqui, também, que um dos servidores relatou que não solicitou a prorrogação porque um de seus filhos pegou férias justamente no período em que o familiar doente necessitava de cuidados, e esse se prontificou em prestar os cuidados para que o servidor voltasse ao trabalho. Pois, se este fato não tivesse ocorrido teria a necessidade de solicitar a prorrogação tendo em vista que seu familiar ainda não estava totalmente recuperado.

A seguir, vejamos quantos dias de prorrogação foram solicitados pelos entrevistados:

Tabela 20 – Número de dias solicitados de prorrogação pelo servidor entrevistado

DIAS	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
15 DIAS	04	40%
30 DIAS	01	10%
TOTAL	05	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição

Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte – Florianópolis, 2009.

Com relação à tabela apresentada temos que 40% dos entrevistados solicitaram 15 (quinze) dias de prorrogação, e 10% solicitaram 30 (trinta) dias de prorrogação.

Esses resultados também se relacionam com o tipo de doença do familiar entrevistado, nas situações em que se referem às doenças de estágio agudo, mas de recuperação lenta, 15 (quinze) dias foram suficientes, como também nas situações de doença crônica em que o entrevistado pode contar com auxílio de outras pessoas para auxiliar no cuidado referente a pessoa doente. Já a solicitação de 30 (trinta) dias se refere a uma das situações de doenças crônicas em que o servidor cancelou a licença devido o falecimento do seu familiar.

A partir deste momento, iniciaremos a análise das respostas dos servidores às perguntas realizadas no momento da entrevista. Como podemos observar no roteiro da entrevista, esta se subdividiu em 05 (cinco) momentos distintos, mas que se relacionam entre si, da seguinte forma:

- No primeiro momento, tratamos de elencar as características mais relevantes para traçarmos o perfil dos entrevistados, do seu familiar doente que necessitou dos cuidados do entrevistado, e algumas questões referentes à licença em relação ao seu período de solicitação e tempo usufruído;

- O segundo momento da entrevista, refere-se ao acesso à licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, ou seja, de que maneira se deu esse acesso;

- No terceiro, preocupamo-nos em identificar a rede de proteção social do servidor entrevistado quando necessita cuidar de um familiar adoecido, verificando para isso o que ele entende como sendo uma rede de proteção e quais os meios que aciona quando necessita encaminhar uma situação de saúde;

- O quarto momento tem a finalidade de verificar o que significa a instituição família para esse servidor, tendo em vista a função protetiva a ela atribuída; e

- No quinto e último momento, verificamos que avaliação esse servidor faz da parceria entre JMO e o Serviço Social, objetivando trazer subsídios para sugerir novas propostas para o Serviço Social junto a essa demanda que venham ao encontro das reais necessidades dos usuários.

As análises serão feitas a partir das falas dos entrevistados, identificados como servidor 01, 02, 03 e assim sucessivamente até o 10, quando nas falas aparecerem nomes próprios, estes serão substituído por outros, preservando assim a identidade de todos. Em alguns momentos, citaremos as próprias falas dos servidores e em outros, traremos dados obtidos na entrevista em forma de tabelas.

3.2.4 O acesso a um direito

A Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família ao servidor público está prevista no Regime Jurídico Único (RJU), em seu artigo 83, mas mesmo sendo um direito garantido, o Serviço Social da UFSC tem verificado em seus atendimentos que os servidores da instituição encontram dificuldades para acessá-lo. Percebemos que a grande maioria obtém informações desencontradas referente à licença, pois quando buscam orientação sobre esse direito, no DDAP ou na JMO, ou ainda com a sua chefia imediata, as informações são dadas de maneiras diferentes. Observamos que não há uma coerência nas informações, o que acaba por dificultar o acesso do servidor ao seu direito, seja pela falta de conhecimento do direito à licença, ou por não saber como proceder para encaminhar seu pedido e usufruir desse direito.

Cabe dizer aqui, que esta situação já vem sendo observada pelo Serviço Social, de acordo com um estudo sobre a licença realizado por uma das estagiárias da DiSS, no primeiro semestre de 2009, ela destaca:

Notamos que apesar de ser um direito do servidor, poucos sabem o que é a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família e como devem proceder para requerê-la, por isso a divulgação dessa licença é de extrema importância nesse processo para que o servidor tenha acesso às orientações corretamente (KATO, 2009, p.60).

Tivemos a oportunidade de confirmar essa situação nas entrevistas realizadas para a pesquisa, verificamos que os entrevistados acessaram a licença a partir de procedimentos dos mais variados, alguns abriram processo administrativo, o que faz o acesso ser demorado, outros obtiveram informações contraditórias quando buscadas em diferentes setores como a JMO ou o DDAP, ou até mesmo no site da UFSC, e também há aqueles que obtiveram informações mais precisas e claras.

Assim, quando questionados a respeito de como tiveram conhecimento ao direito a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, a maioria dos entrevistados disse que já sabia da existência da referida licença, só não sabiam como proceder exatamente para oficializar o pedido dentro da UFSC, tendo em vista que todos, com exceção de apenas um entrevistado, estavam solicitando a licença pela primeira vez. Entre as falas³⁷, destacamos as seguintes, que comprovam essa afirmação:

Eu sabia que no estatuto, tem uma lei que protege o servidor nesse caso (Servidora 01).

(...) procurei no site como deveria proceder, com a solicitação do médico (...) e acabei ligando para vocês. Para vocês ali nesse local e explicaram que não tinha nada haver com a explicação que estava no site (...) que eu tinha que procurar a junta, (...) ai foi onde eu consegui conciliar uma coisa a outra (Servidor 02).

Essa licença eu soube através da própria Lei 8112, que ela ali elenca os direitos do servidor federal. Como instrumentalizá-la eu não sabia, fui no departamento de recursos humanos e perguntei para uma funcionária como eu deveria proceder, ela disse que uma vez consumado a situação de doente na família eu deveria abrir um processo junto ao departamento por motivo de doença e dar entrada com esse processo no protocolo e assim eu fiz (Servidor 05).

Trabalhando aqui na Universidade há 30 anos praticamente eu sei de alguns direitos que a gente tem e eu nunca precisei, a não ser a gestação eu nunca precisei de licença. Então eu sei que para terceiros e sei de alguns amigos que pediram para cuidar de mãe ai eu fui atrás (Servidora 09).

Tomando como norte o critério da universalização apresentado por Plant, analisada por Espada (1977, *apud* NOGUEIRA, 2004, p.21), ao dizer que “o que se passa em relação à universalidade, (...) é que cada direito tem que se aplicar igualmente, ou universalmente, a todos aqueles que estejam na situação em questão”. Vemos que mesmo a licença sendo um direito de todos os servidores públicos federais, e por tanto universal para essa categoria, ele acaba não sendo divulgado e acessado igualmente por todos eles. Pois o ideal seria que, no

³⁷ As transcrições das falas foram realizadas sem correções gramatical e/ou ortográfica.

momento que necessitassem acessar um direito, neste caso a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, o servidor já tivesse conhecimento de como proceder, e que todos os setores da Universidade repassassem as mesmas informações uniformizando, assim, o acesso.

Identificamos neste contexto, uma demanda para o Serviço Social, pois se trouxermos para a cena o projeto ético-político da profissão, veremos que este se posiciona a favor da equidade e da justiça social, dimensões que segundo Netto (2006), apresentam-se na perspectiva da universalização a bens e serviços sociais. Afirmando, também, que a *garantia dos direitos civis, políticos e sociais das classes trabalhadoras* norteiam a *ampliação e a consolidação da cidadania*. Assim, observamos que é dever do assistente social socializar as informações e garantir o acesso aos direitos dos nossos usuários.

Outra questão a ser considerada diz respeito, que os servidores entrevistados levantaram à dificuldade que encontram para saírem de licença, pois muitos relataram que devido à demanda do serviço, as chefias “sugeriam” que o servidor solicitasse a licença em outro momento. Ou até mesmo, quando o servidor saía em licença, continuava comparecendo ao seu setor de trabalho, mesmo que em carga horária menor, para realizar sua função.

(...) porque eram sete dias só no caso, porque durante esses quatorze primeiros dias que eles me deram eu continuava a vir aqui (Servidora 01).

(...) eu precisei me afastar e procurei o médico e solicitei uma primeira licença, acabei desistindo devido à demanda de serviço aqui acabei desistindo (Servidor 02).

(...) no serviço tinha um pouco de complicação para eu sair, porque eu trabalho sozinha no setor, aí como teve alguns impedimentos foi meio complicado, (...) porque no início eles não queriam me liberar (Servidora 09).

Cabe destacar aqui, que a estratégia para efetivar um direito conquistado “não pode se apoiar na afirmação de um direito para vê-lo respeitado, nem pode se contentar em exigir, por um pleito ético e moral qualquer, o ‘cumprimento dos direitos’” (NOGUEIRA, 2002, p.23-24). De nada adiante delimitar leis, regras ou benefícios aos trabalhadores se estas não forem colocados em prática, se não estiverem claro igualmente para todos, não forem de fácil acesso e não conterem uma dimensão democrática, passíveis de serem moldadas de acordo com a necessidade apresentada pela realidade.

Fizemos esse destaque, pois nas falas dos entrevistados fica visível que em muitos momentos a instituição joga a sobrecarga da demanda de serviços para o funcionário, fazendo com que este se sinta culpado pela sua ausência no trabalho deixando muitas vezes de atender

suas necessidades pessoais. Quando na verdade, o funcionário não deve ser responsabilizado pela falta de pessoal na instituição que dê conta da sua demanda de serviço, nessas situações de doença na família, o servidor não pode ficar a mercê da vontade da instituição de liberá-lo ou não, pois o doente não pode esperar para ser cuidado.

Entre os que relataram que não tinham conhecimento da licença, verificamos que demonstraram um sentimento de abandono, pois ao estarem com um familiar necessitando de cuidados não tiveram apoio de seus companheiros de trabalho, principalmente de suas chefias, pelo contrário, buscaram sozinhos alternativas para solucionar seu problema. Nesta busca, acabavam chegando até o DDAP, a JMO e a DiSS, e lá ficavam sabendo a respeito do seu direito em solicitar a licença, isso fica claro quando verificamos a fala do seguinte entrevistado:

Eu não sabia eu fiquei sabendo lá por vocês (...) para você ver como as pessoas são, que ninguém me informou, a minha chefe viu eu ali passando o maior sufoco, chegando atrasada, às vezes trazendo a minha irmã e deixando ela ali passando frio e ninguém me informou nada, ninguém fez nada. Eu adoro a minha chefe (...) mas assim ela podia sentar comigo e dizer assim a gente tá vendo, o tanto que eu ajudei esse pessoal, tanto que eu fiz de hora extra, às vezes nem podia, mas eu dava um jeito e vinha. Ninguém me informou, ninguém falou nada. (...) alguém poderia ter falado, vai lá conversa quem sabe alguém pode te ajudar (...) porque a gente entra aqui dentro e só trabalha, só trabalha e o que a gente sabe é o que informam para os pacientes, porque da vida da gente ninguém quer ouvir, porque a gente só serve quando a gente tá servindo, depois que a gente deixa de servir (...) (Servidora 07).

Diante desta fala, fica evidenciado que de nada adianta termos direitos garantidos apenas no papel, pois eles não trazem consigo mecanismos capazes de obrigar seu cumprimento. “A defasagem entre a norma e sua efetivação aplicada [...] dependem muito de mais decisões políticas tomadas quase que no dia-a-dia para ser efetivamente usufruídos” (NOGUEIRA, 2002, p.22).

Um direito cujo reconhecimento e cuja efetiva proteção podem ser adiados *sine die*, além de confiados à vontade de sujeitos cuja obrigação de executar o ‘programa’ é apenas uma obrigação moral ou, no máximo, política, pode ainda ser chamado corretamente de ‘direito’? (BOBBIO *apud* NOGUEIRA, 2002, p.23).

Consideramos essa provocação feita pelo autor supracitado pertinente, pois o direito à licença é garantido pelo RJU e a identificamos como um mecanismo de proteção social

assegurado pelo Estado ao servidor público federal, porém seu acesso acaba não sendo facilitado dentro da instituição.

Vejamos agora, como os entrevistados avaliam o trâmite da solicitação da licença

Tabela 21 – Como foi o trâmite do processo de solicitação da licença

TRÂMITE	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
RAPIDO	09	90%
DEMORADO	01	10%
Total	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição

Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte– Florianópolis, 2009.

Em relação à tabela anterior, verificamos que 90% dos entrevistados consideraram o trâmite da licença rápido, e os outros 10% consideraram o trâmite demorado.

É importante ressaltar aqui, que na maioria das vezes, quando se solicita esta licença, por se tratar de uma necessidade de cuidados de saúde que ocorre inesperadamente, o servidor não dispõe de tempo para buscar em diferentes locais informações sobre um mesmo assunto. Necessitando de encaminhamentos imediatos para a sua situação, e não as obtendo, o servidor acaba por não acessar um direito a ele garantido.

Fizemos esse destaque, pois mesmo os servidores considerando que seu pedido de licença foi rapidamente homologado, em algumas situações, verificamos nas falas que este tramite não ocorreu de forma muito tranqüila, vejamos:

Não foi muito demorado (...) mas assim eu acho que quando a pessoa está com problemas até pra si própria, a Junta marca e já tá quase acabando, quando ela marca para ti conversar (...) eu acho que deveria ter mais agilidade (...) (Servidora 01).

Não foi porque eu comecei a contar da data que eu protocolei, já tinha o laudo do médico, o atestado da minha mãe, tudo, já contava com isso como já adquirido. O tramite burocrático sim, demorou. Demorou porque todos os dias que eu agendei eu cheguei lá na Junta Médica (...) falavam que não tinham agendado nada, que o processo era eu ligar e marcar o dia (...) mas todas as vezes que eu chegava lá elas não achavam o meu agendamento (...) (Servidor 05).

Podemos observar que mesmo expressando que o trâmite da licença foi rápido, os entrevistados tiveram algumas complicações para acessá-la, identificamos na fala do Servidor

05 que ao abrir um processo administrativo e mesmo sem receber a resposta ao processo, afastou-se do serviço e ao ser informado que necessitava passar na JMO para homologar seu afastamento, encontrou dificuldades em agendar o atendimento.

A Servidora 01 diz que foi rápido o acesso, porém só passou na JMO quando já estava voltando de licença, portanto já havia usufruído do afastamento sem mesmo ter homologado seu atestado, justificando o ocorrido pelo fato de não ter conseguido agendar na JMO seu atendimento.

Estas situações acabam prejudicando inclusive a intervenção proposta pelo Serviço Social da DiSS nas solicitações dessa licença, pois o trabalho realizado pelo assistente social surtirá o efeito almejado se conseguir atender o servidor quando este estiver no início do seu afastamento, tendo em vista que o Serviço Social tem o propósito de informar o servidor a respeito do seus direitos, avaliar e/ou encaminhar recursos sociais e de saúde que venham auxiliar o servidor no processo de cuidado do seu familiar, e alertar o servidor da importância do cuidar de si.

Verificamos juntos aos entrevistados quantos já haviam solicitado a Licença por Motivo de Doença da Família, e obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 22 – Você já havia solicitado a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família

RESPOSTA	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
NÃO	09	90%
SIM	01	10%
Total	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte— Florianópolis, 2009.

Em relação à tabela anterior, observamos que 90% dos entrevistados nunca havia solicitado a licença antes, e 10% já havia solicitado a licença.

A maior parte dos entrevistados relatou que nunca teve necessidade de solicitar a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, pois apenas nesse momento é que se depararam com uma situação que realmente apresentou necessidade de se afastar do serviço para poder cuidar de um familiar doente. Disseram que já haviam passado por situações de doença na família, mas não a ponto de necessitarem da licença, como podemos verificar nas seguintes falas:

Para tratamento de saúde, inclusive da minha saúde, não (...) para pessoa doente na família não, foi à primeira vez (...) porque a gente se acha polivalente (...) não é que eu não tenha precisado, até precisar a gente precisa, só assim (...) eu nunca me preocupei com isso, entendesse, eu acho assim quando eu vivi um momento mais perigoso, que era uma cirurgia cardíaca (do seu filho) então foi onde eu disse não, eu vou ter que parar, eu vou ter que dar assistência, que afinal de contas ele vai precisar de ajuda para levantar e tudo. Nas outras assim foram coisas mais cotidianas, corriqueiras (...) eu já tive inclusive minha mãe internada no HU quase durante um mês, e eu ia lá e vinha pra cá (...) não solicitei (Servidora 01).

(...) foi à primeira vez que eu solicitei essa licença porque até aquele momento eu não tinha tido, um problema tão grave com a minha mãe quanto foi dessa vez, o que me obrigou ter que solicitar esse afastamento, pelo fato principalmente de eu ser filho único, e de o meu pai ter uma idade avançada e de não se sentir mais em condições de dar apoio para a minha mãe e estar precisando realmente desse auxílio. Então em função disso eu não tinha outra opção se não ficar com eles naquele momento, então por isso que eu solicitei a licença (...) (Servidor 04).

Dos entrevistados, apenas um servidor disse já ter solicitado a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, para cuidar de outro familiar muito antes do Serviço Social iniciar esse atendimento aos servidores que solicitam essa licença. Na situação anterior, o entrevistado disse que necessitou se afastar para cuidar do cônjuge que por coincidência teve o mesmo problema ortopédico que sua filha teve na ocasião que necessitou solicitar novamente a referida licença.

Outra questão que verificamos junto aos entrevistados, foi questionar se algum deles já havia solicitado afastamento para cuidar da própria saúde, mas na verdade a intenção era prestar cuidados para um familiar, temos assim que:

Tabela 23 – Já solicitou afastamento de saúde para si, mas com o intuito de cuidar de algum familiar doente:

RESPOSTA	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
NÃO	09	90%
SIM	01	10%
Total	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição
Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte— Florianópolis, 2009.

Verificamos que 90% dos entrevistados nunca solicitou afastamento de saúde para si com a intenção de cuidar de algum familiar doente, e 10% disse já ter necessitado solicitar afastamento para si, porém para cuidar de um familiar.

Destacamos aqui, que a servidora que necessitou solicitar licença de saúde para si, mas na verdade tinha a intenção de cuidar de um familiar doente, foi a que necessitava cuidar de sua irmã. Como verificamos no RJU, irmão não está elencado entre os parentes permitidos para o servidor solicitar a licença, e por esse motivo a servidora usou como estratégia solicitar afastamento para si, tendo em vista não saber que poderia acessar esse direito, e também pelo fato de estar esperando a homologação do seu pedido de aposentadoria, o que fica claro em sua fala:

(...) na verdade eu não fui para pedir a licença, eu fui pedir assim uma orientação sobre a aposentadoria, porque já fazia dois meses que eu tinha pedido e eu já estava até com vergonha de pegar atestado. Porque a Drª Mônica já tinha me dado um atestado de 20 dias nas mesmas condições (...) só que eu não tinha mais coragem de ir no médico, eu fui no Dr João um dia e ele me deu 15 dias, eu não tinha coragem de pedir de novo. Daí eu fui na Drª Maria e ela me deu mais 15, claro que eu tava com dor, mas eu tava com dor de tanto ficar estressada de tanto correr pra cá e pra lá, então eu não tinha mais como pedir, assim por conta da minha situação. Porque eu tava contando com três meses e três meses a minha sobrinha disse que cuidava, mas aí já tava passando o prazo e aí ela não queria mais cuidar, daí eu tive que pedir para me aposentar. Eu não sabia que eu tinha direito (...) (Servidora 07).

Cabe ressaltar, que o servidor teve a oportunidade de acessar a licença quando apresentou ao Serviço Social da DiSS sua situação, que avaliando a questão junto à servidora verificou-se que não havia outra possibilidade de cuidados para seu familiar a não ser garantir à servidora o direito de usufruir da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. E isso só foi possível porque o assistente social tem como um de seus princípios a ampliação de direitos dos seus usuários, e é um profissional comprometido, pois com seu olhar de totalidade não fica preso apenas nas leis e vislumbra possibilidades de garantir direitos, amparadas, neste caso, por seu parecer social que é apresentado a JMO para subsidiar a decisão do médico da JMO em homologar ou não a solicitação da licença. Efetivando o disposto no art. 8º do Código de Ética, quando expõe os deveres do Assistente Social:

programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente; contribuir para alteração da correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária; empenhar-se na viabilização dos direitos sociais dos usuários, através dos programas e políticas sociais (BRASIL, 2006, p. 43).

Verificamos também, com os entrevistados, se o tempo que usufruiu da licença foi suficiente para atender a demanda do seu familiar doente, e obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 24 – O tempo que você usufruiu da licença foi suficiente para encaminhar a situação de saúde do seu familiar

RESPOSTA	FREQÜÊNCIA	PERCENTAGEM
NÃO	00	00%
SIM	10	100%
Total	10	100%

Fonte: Roteiro de entrevistas e pesquisa documental nos cadastros da instituição

Elaboração: Greicy Kelly Bittencourte– Florianópolis, 2009.

Verificamos que 100% dos servidores entrevistados consideraram o tempo que usufruiu da licença foi suficiente para encaminhar a situação de saúde de seu familiar.

Mesmo todos os entrevistados terem afirmado que o tempo que permaneceram em licença foi suficiente, podemos observar em algumas falas que os servidores se preocupam com o prazo máximo de dias previstos no RJU, pois se a situação de doença demandasse mais tempo de afastamento do que o permitido por lei não saberiam como proceder.

(...) olha foi suficiente mais assim, no caso (...) foi muito rápida a recuperação, agora tem casos que não, daí as pessoas necessitam de mais tempo (...) no meu caso deu muito certo (...) (Servidora 01).

Eu não cheguei a concluir toda a licença, porque a minha mãe faleceu uma semana antes do término (...) (Servidor 05).

Sim, porque minha filha pegou férias e cobriu os cuidados (Servidora 08).

(...) são 60 dias porque tem a prorrogação. Ai eu fiquei preocupada com isso porque se ela precisasse mais e se acontecesse alguma coisa logo em seguida e eu não pudesse tirar eu fiquei nesse sentido preocupada, com o prazo. Porque foi ali contadinho 30 dias, levando para fazer curativo, dando remédio, levando para dar injeção (...) nesse sentido eu fiquei preocupada com o prazo, podendo tirar 60 dias em um ano (Servidora 09).

Atentamos para as falas dos Servidores 05 e 08, o primeiro relatou que se sua mãe não tivesse falecido, provavelmente, o tempo não teria sido suficiente, pois a doença da sua mãe era crônica e tendia a se agravar cada vez mais. O segundo afirmou que o tempo só foi

suficiente porque seu outro filho, que não estava doente, no período em que o irmão ainda necessitava de cuidados, pegou férias e pôde ficar em casa prestando os cuidados para que a mãe, a servidora, voltasse ao trabalho, caso contrário, a servidora iria necessitar de mais dias de licença.

A seguir iniciaremos a análise da rede de proteção do servidor entrevistado.

3.2.5 A rede de proteção social do servidor

Nas sociedades modernas, a proteção social ganhou status de direito assegurado pelo espaço público, e de responsabilidade do Estado, mas isso não retirou a responsabilidade da família, que há muito tempo vem exercendo a função da proteção social, “ao contrário dependendo da organização das sociedades, as funções do grupo familiar na proteção social são abrandadas ou sobrecarregadas” (LIMA, 2006, p.96).

Nosso objetivo aqui, é expor o entendimento que o servidor entrevistado tem a respeito da proteção social, e identificar qual a rede de proteção esse servidor tem acessado, principalmente quando um de seus familiares encontra-se doente.

Buscamos, na pesquisa, tratar da proteção social no campo da previdência, da saúde e da assistência caracterizando-a como sendo “os diferentes meios que o Estado, a sociedade ou a família utilizam para proteger os indivíduos dos riscos sociais a que estão diretamente submetidos” (CEZAR e MIOTO 2009, p.03). Porém, ao evidenciarmos a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, a questão da proteção à saúde foi a que mais emergiu e isto, de certa forma, já era esperado.

Assim, remetendo-nos ao campo da política de saúde, vamos ao encontro das palavras de Bravo (2000) que apresenta três faces para essa política na atual conjuntura, quais sejam:

A face previdencialista-assistencialista, com o predomínio de relações clientelistas-fisiologistas; a face privatista, vinculada ao mercado para os trabalhadores que podem adquirir planos privados de saúde; e a universalista, contida na Constituição

de 1988, que se encontra vazia de conteúdo concreto e destituída de mecanismo para ser colocada em prática (BRAVO, 2000, p.105).

Partindo desta concepção, analisaremos os dados colhidos nas entrevistas quando buscamos saber dos entrevistados quais os recursos de saúde tiveram acesso no momento que necessitaram encaminhar a situação de saúde do seu familiar. Ao levantar o perfil do familiar doente do entrevistado, verificamos que a maioria possuía plano de saúde privado e, ao obter esses dados, num primeiro momento, imaginávamos que ao serem questionados se buscaram auxílio na rede pública, teríamos quase que uma unanimidade de respostas negativas, porém os resultados nos surpreenderam.

Verificamos que todos os entrevistados tinham conhecimento sobre algum serviço e/ou programa da rede pública que pudesse atender a demanda do seu familiar, e muitos buscaram acessar algum recurso público. Os que não acessaram nenhum recurso público, mesmo tendo conhecimento, declararam que não buscaram esses recursos porque possuíam plano de saúde, e/ou por não terem confiança no sistema público, devido à experiência de falta de atendimento, o que constatamos nos seguintes comentários:

(...) eu não procurei nada disso (...) eu não foi porque eu não precisei (...) graças a Deus (...) foi tudo particular (...) não que eu tivesse dinheiro para isso, mas o seguro cobriu (...) o SUS é muito ruim (...) é muito melhor, se todos pudessem ter um plano de saúde (...) eu acho muito ruim, pra tudo, não só que ele não funcione, além de não funcionar ele é ruim, péssimo (Servidora 01).

(...) foi tudo na rede privada através do plano de saúde dela, inclusive as vezes que recorri à rede pública foi bem difícil, uma vez eu saí bem desorientado procurando um atendimento e foi bem traumático (...) eu fui com ela no Hospital Celso Ramos, porque uma das médicas que atendia ela pelo convênio também dava plantão lá e eu louco para ser atendido eu tava ficando desesperado e a médica não me atendeu, disse que não tinha o que fazer (...) foi bem difícil (Servidor 05).

O atendimento foi pelo plano de saúde, porque é mais rápido no público é muito demorado, até na emergência do HU demora (...) a minha família conta com o sistema privado (Servidora 10)

É importante lembrar que a CF/88 preconiza a universalização ao acesso à saúde, da mesma forma, um dos princípios do SUS traz que o acesso às ações e aos serviços de saúde deve se dar de forma universal, porém, diante o redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política Neoliberal nos anos de 1990, vincula a saúde ao mercado, e com relação ao SUS, “verifica-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e

uma omissão do Governo Federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral” (BRAVO, 2000, p.112).

Não há investimentos efetivos para a construção de uma política de saúde que satisfaça as reais necessidades dos usuários, o que vivemos hoje, é uma precarização do SUS que incide diretamente no seu princípio de universalização, pois quem procura esse sistema, muitas vezes, acaba não conseguindo atendimento, e quando consegue, ao tentar dar continuidade ao tratamento, não obtêm êxito, como podemos constatar na seguinte fala:

(...) fomos atendidos pelo SUS, muito bem atendidos, aliás, no pronto atendimento (do bairro) levaram direto para o Hospital Regional tudo pelo SUS, e foi muito bem atendido. Depois as consultas (...) pela rede privada porque aí não funcionou pelo SUS, tentamos agendar consultas depois pelo hospital, mas aí não deu (...) (Servidora 06).

Ao falar do acesso a saúde, Vidal (2008) consideram que sua concepção diz respeito ao seu direito universal, ou seja, “trata-se da capacidade de o usuário obter, quando necessitar, cuidados de saúde de maneira fácil e conveniente, constituindo, assim, na disponibilidade dos serviços e recursos de saúde e sua utilização por parte de quem necessitar (VIDAL, 2008, p.134). Nesta perspectiva, a autora supracitada identifica o acesso incompleto, como sendo aquele que não disponibiliza uma continuidade do tratamento e do não acesso aos retornos e consultas médicas.

Evidenciamos esse aspecto do acesso incompleto, também, em outras falas dos entrevistados, ao relatarem que acessaram algum recurso público de saúde, porém não todo o tratamento do seu familiar, vejamos:

(...) a gente primeiro começou o atendimento pelo privado, a cirurgia foi feita pelo plano de saúde (...) a dificuldade que entramos foi em relação aos equipamentos, ao material, utilizado após essa cirurgia, como a bolsa, algum outro tipo, luvas, foi muito difícil agente conseguir. Depois é que descobrimos (...) que existia alguns programas de saúde que poderiam nos auxiliar (...) a gente acabou encontrando no Governo do Estado, na Saúde, que fornecia esse tipo de bolsa (...) até um momento a gente acabou comprando (...) agora de dois em dois meses vamos lá, eles fornecem direitinho, parece até um milagre (...) muito boa a qualidade, os produtos que eles utilizam ali na Secretaria de Saúde. (...) a cirurgia (...) e o atendimento com oncologista agora é particular (Servidor 02).

(...) na verdade a gente tem assistência dos dois, a rede privada ela teve direito a fisioterapia eles foram em casa e cada vez que precisa de um médico, assim meio que urgente, vai uma médica também em casa que ela tem direito pelo plano de saúde. E tem a rede pública que a gente sempre tem o apoio, que é o posto de saúde

quando a gente precisa de material às vezes de primeiros socorros, gases essa coisas. A mãe ganha fralda na rede pública. Então tudo isso a gente procura e sempre tem recebido (Servidor 03).

(...) a gente foi buscar apoio na secretaria municipal de saúde para o fornecimento do oxigênio (...) após um tramite que demorou mais ou menos aproximadamente uns 20 dias de fato a secretaria municipal de saúde deu um ok e foi na residência dos meus pais e entregaram lá o concentrador, conforme o prometido (Servidor 04).

Todos esses aspectos são decorrentes do modelo de política adotada, pois sob a dominação do sistema neoliberal, que visa à regulação econômica e social, o Estado restringe suas ações na garantia de direitos, ou seja, o sistema é avesso ao aumento da realização de políticas sociais públicas e, assim, neste contexto, encontramos como justificativa a face privatista das políticas de saúde apontada por Bravo (2000).

Neste sentido, então, verificamos que os entrevistados em algum momento, durante o tratamento de saúde do seu familiar, acessaram serviços privados de saúde, até mesmo o servidor que afirmou ter usado apenas a rede pública não deixou de pontuar que um dos exames que seu familiar necessitou fazer, por não ter na rede pública, realizou-o em uma clínica particular, tendo que arcar com os custos totais do mesmo. Mas também cabe destacar, que foi através da fala desse entrevistado que evidenciamos, ainda, a existência de práticas assistencialistas no que se refere ao atendimento, que ferem os princípios do SUS, vejamos:

Foi tudo pelo SUS, porque como eu trabalho aqui eu pedi para um para outro, aí eu consegui tudo pelo SUS. Porque eu trabalho aqui, tenho amizade com os médicos, peço para um peça para outro, assim aquele que não pode me ajudar me encaminha para outro. Única coisa que eu paguei foi a ressonância e a tomografia, porque eles não fazem aqui, daí eu tive que pagar. E os medicamentos eu gasto R\$ 150,00 a R\$ 200,00 reais por mês, quando eu trabalhava aqui eu sempre conseguia, não tem na farmácia básica porque é tudo remédio controlado e aqui não tem (Servidora 07).

Na fala do entrevistado, observamos que o atendimento à demanda do seu familiar não foi acessada como deveria, ou seja, de uma forma igualitária, pois conseguiu encaminhamentos por “conhecer” algumas pessoas que “facilitaram” o seu acesso dentro do hospital. Isto pode ser visto como uma estratégia buscada por esta servidora para acessar a saúde “considerando que as pessoas acessam o sistema de saúde por onde é possível e mais fácil” (VIDAL, 2008, 136), e este é um aspecto que reforça a face previdencialista-assistencialista que Bravo (2000) apontou.

Outro ponto que observamos nas falas dos entrevistados, foi o fato de que, mesmo buscando recursos na rede privada, ou seja, pagando pelo atendimento, isto não garantiu que sua demanda fosse atendida de forma eficaz. Em uma situação específica o entrevistado relatou ter tido muita dificuldade em encaminhar o atendimento ao seu familiar, no caso, uma idosa.

(...) a pior parte que eu passei com a minha mãe foi até conseguir internação, (...) mesmo no privado eu tive dificuldade, porque era uma pessoa idosa e os médicos ficavam reticentes em investigar o problema, eu sentia isso, como ela tinha várias patologias, ela tinha um quadro bastante complexo (...) normalmente o médico da emergência é um clínico ou um cirurgião geral, que tá muito mais para um caso de trauma jovem do que com uma pessoa idosa com uma doença recorrente (Servidor 05).

Constatamos aqui, o descumprimento de um direito instituído em lei, pois desde 2003, com o Estatuto do Idoso³⁸, ao idoso é garantido prioridade no atendimento seja em órgão público ou privado, e que ele não poderá ser objeto de qualquer tipo de negligência e, ainda, no que se refere à saúde, preconiza em seu artigo 18 que “as Instituições de saúde devem atender os critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais (...)” (BRASIL, 2006, p.223). Vemos, então, que a pessoa idosa em nosso país conta com um aparato legal que podemos considerar moderno e eficaz, porém, ainda não foi colocado em prática, fazendo-se necessário para isso decisões e investimentos nessa área por parte do poder público.

Na tentativa de abranger a discussão a respeito da proteção social, que como já pontuamos não se restringe apenas ao campo da saúde:

A seguridade social, instituída no Brasil com a Constituição Federal de 1988, constituiu um sistema de proteção decorrente do direito social e deve ser entendido como garantia e dever a ser assumido principalmente pelo Estado. Está ancorada no tripé saúde, previdência e assistência social devendo-se respeitar os princípios da universalidade, da uniformidade, da equidade e da descentralização (RODRIGUES e MAGALHÃES, 2008, p.159).

Perguntamos, então, aos entrevistados o que eles consideravam ser uma rede de proteção social, e constatamos nas falas dos entrevistados que estes reconhecem a existência

³⁸ Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

de um sistema de proteção no país, mas que de fato não se concretiza, como podemos observar nos comentários a seguir:

(...) não existe uma proteção, existe uma proteção legal e que não existe, não funciona (Servidora 01).

Eu penso que a rede de proteção social ela faz parte do contexto da constituição cidadã, está previsto. Mas os instrumentos utilizados para a sua execução ainda são pouco eficazes, porque não basta você simplesmente dizer que existe a rede, a rede tem que ter instrumentalidade (Servidor 05).

Verificamos, nas falas, que não bastam a existência e/ou o conhecimento da lei para que o sistema de proteção social funcione no país, pois não contamos com mecanismos eficientes para a sua efetivação.

Em termos legais, muito se avançou no campo dos direitos no Brasil ao se instituir a Seguridade Social, imprimindo um status de política social a muitos programas sociais, definindo fontes de financiamento e de gestão neste âmbito, e é claro com a instituição da universalidade da cobertura e do atendimento.

Porém, ao mesmo tempo em que se conquistam esses direitos por meio da promulgação da CF/88, no que tange ao campo econômico, suas determinações estavam em sentido contrário à política que estava sendo adotada, “se o texto impõe um Estado responsável pelas políticas da seguridade social, os compromissos (econômicos) indicam a saída do Estado desse campo, encaminhando-o ou para a ótica privada ou para filantropia” (COUTO, 2008, p.186). Desta maneira, os direitos que ganharam status de universal não são mais respeitados pelo Estado que transfere para a sociedade a responsabilidade de atender às demandas sociais, que fica a mercê da dicotomia de quem pode e dos que não podem pagar pelos serviços que venham atender suas necessidades, pois há a privatização total ou parcial dos serviços sociais básicos, como por exemplo, a saúde.

Isso justifica, então, a busca por auxílio na rede privada, mas também remete a responsabilização da família na provisão de seus membros. A família “vem sendo redescoberta como um importante agente privado de proteção social” (PEREIRA-PEREIRA, 2006, p.25). Neste sentido, ao perguntarmos aos entrevistados como constituíam sua rede de proteção, estes evidenciaram que:

É a minha família e o privado, o público não tem como acessar (Servidora 01).

A família e a rede privada (...) a tua primeira rede de proteção social é a tua família, depois os teus amigos, o teu trabalho e extensão da tua casa, a tua segunda casa (Servidor 04).

Minha rede de proteção eu só conto com a minha mulher, porque eu não tenho mais família (...) e a rede privada se eu tiver condições de pagar (Servidor 05).

É a minha família, e os recursos privados (Servidora 08).

(...) a privada, pra mim eu tenho a minha família, eu poderia contar com ela (Servidora 09).

A grande maioria dos entrevistados apontou a família como sua principal rede de proteção, e quando necessita de algum outro recurso recorre à rede privada. Mas sabemos que só tem acesso a esses recursos aqueles que possuem condições de pagar por eles, pois “o mercado, no entanto, não atua como fonte de solidariedade e sim é operacionalizado via a lógica do empresarial do lucro” (LIMA, 2006, p.60).

Fatalmente, ao falarmos de proteção social, encontraremos a família, pois sabemos que ao longo da história ela vem exercendo um papel fundamental na esfera da proteção social, mas o fato dela exercer uma função protetiva não pode eximir o Estado da sua responsabilidade no campo da proteção social. Mas, no que tange a relação entre o Estado e a família, no campo da proteção social, a família é quem recebe a maior carga e a responsabilidade do Estado, neste espaço, deixa a desejar.

[...] as políticas oficiais, voltadas para a família, quando existem, têm se mostrado inadequadas, pelo pouco investimento nas necessidades e demandas deste grupo, não oferecendo suporte básico para que possa cumprir de forma adequada suas funções. A família passa a ser eleita como a instituição privilegiada para dar conta de todos os problemas que afetam o grupo (...) esta concepção fundamentada na ideologia do pensamento liberal, na qual produzir bem-estar e satisfação das necessidades sociais na família é compreendido como responsabilidade individual (COELHO, 2002, p.76-77).

De acordo com a nossa legislação, a família é responsável pelo cuidado de seus membros conforme aponta as determinações da CF/88 trazidas em seu capítulo VII, mas por outro lado, esse mesmo capítulo diz que a família, por ser a base da sociedade, deve ter proteção especial do Estado. Porém, constatamos que essa proteção especial não é ofertada pelo Estado em sua totalidade.

Mas, por outro lado, a família abarca o cuidado para com um de seus membros, não só porque o Estado e a sociedade delegam a ela essa tarefa, mas também pelos laços afetivos que envolvem os membros que a compõe, fato este que podemos constatar no item a seguir, que tratará de apresentar o significado que o servidor entrevistado atribui a família.

3.2.6 A família e seu significado

De acordo com Carvalho (2000), independente das diferentes formas e desenhos que possa assumir, a família é o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e a socialização dos indivíduos, ela é o canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais. Também, não podemos deixar de pontuar que a solidariedade entre gerações é uma das características que acompanham a família ao longo do seu desenvolvimento, “a ajuda mútua é um elemento caracterizador, da família desde suas origens (LEVI STRAUSS *apud* LIMA, 2006, p.09), desta maneira, a família é vista como um lugar privilegiado de preservação da vida.

Pensar e definir a família, em certa medida, pode parecer uma tarefa fácil, se partimos do pressuposto de que, de uma forma ou de outra, todos nós fazemos ou fizemos parte de uma família, e neste sentido, temos subsídios para defini-la. Porém, não podemos pensar que a família possui um único significado e uma única forma, pois “a família constrói significados que podem estar baseados em suas crenças, premissas, regras, que irão orientar as interações entre seus membros, além das demais relações sociais, de uma forma que os caracteriza em alguns aspectos” (SCHWERT, 2007, p.39).

Sendo assim, a definição de família perpassa por uma construção histórica, tanto particular quanto coletiva, ao verificarmos o que significa a instituição familiar para os servidores entrevistados, tendo em vista sua função protetiva, essa colocação nos fica mais clara, vejamos:

Família é a primeira escola da gente (...) eu acho que a primeira e a melhor de todas as educações é aquela dada na família (...) a escola da família (...) é aquela que fundamenta a personalidade do cidadão do futuro (Servidor 04).

A família tem um significado de origem, você faz parte de uma família. A família é importante porque ela acaba gerando um cunho de apoio, de solidificação, de fortalecimento do indivíduo, a família é a base (...) não existe dentro de uma sociedade alguém que consiga viver isolado, que consiga viver sem referência, a família é a referência de qual você precisa (Servidora 05).

A família é aquele acolhimento, é aquele apoio que é quem vai te dar. É que realmente quem tu tens, em fim quem tu ama e és amado, pessoas importantes (Servidora 06).

A família significa tudo pra gente, família é o princípio é a pessoa que a gente pode dividir pessoas que a gente pode contar (...) seja lá como for mais é a tua família que você pode contar, com a tua mãe, com o teu irmão, com o teu marido. Família é tudo, se você não tem família, você não tem nem referência (Servidora 07).

É tudo, é a minha vida, por eles eu vivo e trabalho, principalmente os filhos, não tem como separar (Servidora 08).

Eu acho que família é um estímulo, um estímulo pra gente seguir em frente, é um estímulo para gente seguir até atingir aquele objetivo (...) se a gente não tiver família a gente não tem perspectiva nenhuma de um amanhã, o que a gente vai fazer, para quem, para ter algum sentido (Servidora 09).

Todas essas definições dadas pelos entrevistados à família podem servir como justificativa para a presença do caráter protetivo da família. Pois ela acaba sentindo que tem o dever de cuidar dos seus membros, principalmente quando algum vem a adoecer. Neste sentido, Knihs(2005) aponta que:

A interação familiar construída ao longo da história de cada um de seus membros, e ao mesmo tempo da família como um todo, revela por meio de sentimentos compartilhados, atitudes de compreensão e expectativas, os significados correspondentes ao ato de cuidar e ser cuidado (KNIHS, 2005, p.58).

Ao falar de cuidado, evidenciamos que essa tarefa na maioria das vezes, fica a cargo de um só membro da família, e este tende a sentir-se sobrecarregado, levando-o, muitas vezes, a um esgotamento físico por possuir outras atribuições que são somadas aos cuidados para com seu familiar, e um esgotamento emocional diante da própria consciência da doença e suas possíveis implicações, enfrentando o sofrimento, o medo, a aflição, a dor, motivados pela possibilidade de perda (KNIHS, 2005). Estes sentimentos também foram evidenciados pelos entrevistados, vejamos:

(...) mas eu to vendo que eu que to caindo em depressão, to ficando doente (...) eu vou acabar procurando um médico (...) pode ser que eu precise conversar com (...)

alguém de fora (...) eu vou pedir algum palpite alguma coisa, vamos ver de que forma que eu posso digerir isso, tá sendo difícil muito difícil (Servidor 02).

(...) quando eu tive na Assistente Social eu chorei muito porque eu estava meio que desesperada com o negócio da mãe, porque a gente não espera uma coisa que a gente não tá preparada para esse tipo de doença, seja lá qual for, então a gente fica meio que abalada (...) eu também tava assim cansada, eu me cansei também 45 dias que eu fiquei lá, então foi cansativo (Servidora 03).

(...) a gente fica muito fragilizada não sabe pra quem recorrer (Servidora 06).

Estes aspectos são reflexos da ausência do Estado na provisão de políticas de proteção social que, conseqüentemente, delegam esse papel à família. E esta, para atender as suas necessidades, conta principalmente com as redes informais que tende a delegar a um dos seus membros a responsabilidade dos cuidados com o doente, e esse acaba vivenciando momentos como os que os entrevistados expuseram em suas falas.

Tratando-se de família outro aspecto que podemos discutir aqui, é que ao longo dos séculos sua configuração vem mudando, verificamos hoje a existências de vários arranjos familiares. Ao se constatar essa diversidade, somos obrigados a mudar nosso “foco da estrutura da família nuclear, como modelo de organização familiar, para consideração das novas questões referentes à convivência entre as pessoas nas famílias, sua relação com a comunidade mais próxima e com a sociedade mais ampla (SZYMANKI, 2002, p.10).

Neste sentido, Kaslow (apud SZYMANKI, 2002) apresenta nove tipos de organização familiar existentes atualmente, e que podem ser entendidas enquanto “família”:

- 1) família nuclear, incluindo duas gerações, com filhos biológicos;
- 2) famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações;
- 3) famílias adotivas temporárias (Foster);
- 4) famílias adotivas, que podem ser bi-raciais ou multiculturais;
- 5) casais;
- 6) famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe;
- 7) casais homossexuais com ou sem crianças;
- 8) famílias reconstituídas depois do divórcio;
- 9) várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo (KASLOW apud SZYMANKI, 2002, p.10).

Este resgate se fez necessário por consideramos que o RJU, ao elencar o grau de parentes permitido para que se faça a solicitação da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, está apresentando um conceito reduzido de família que já não tem atendido todas as demandas apresentadas pelos servidores da UFSC. Isso fica claro quando perguntamos aos

entrevistados se existe alguém do seu ciclo de convivência, que não está relacionado no grau de parentesco estipulado em lei para a solicitação da licença que, se vier a adoecer, contaria preferencialmente com o servidor entrevistado para auxiliar em seus cuidados, e as respostas foram unanimemente positivas.

E ao verificar quem seria essa pessoa que necessitaria do servidor para lhe prestar cuidados, foram apontados pelos entrevistados: irmãos, tios, sobrinhos, sogros, genros, netos entre outros. Neste sentido, identificamos a necessidade da legislação estar sendo revista, pois constatamos essa necessidade, tanto nas falas dos entrevistados, quanto nos atendimentos que o Serviço Social vem fazendo junto às solicitações de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

A seguir apresentaremos a avaliação que os entrevistados fizeram a respeito da parceria entre a JMO e o Serviço Social da DiSS, como também elencaremos as sugestões trazidas pelos entrevistados em relação a esse trabalho.

3.2.7 A avaliação da intervenção social

O Assistente Social, ao investigar a realidade, pode perceber quais são os mecanismos que podem auxiliar, tanto na agilidade e melhoramento do acesso a um direito, quanto na garantia e ampliação de direitos, “[...] o trabalho do assistente social pode produzir resultados concretos nas condições materiais, sociais e culturais da vida de seus usuários, *em seu acesso a direitos* e usufruto de políticas sociais, programas, serviços, recursos e bens [...]” (YAZBEK et. al., 2008, p.07).

É nessa perspectiva que se inquiri a realidade buscando, através de seu deciframento, possibilitar o desenvolvimento de um trabalho pautado no zelo pela qualidade dos serviços prestados, na defesa da universalidade dos serviços públicos. na atualização dos compromissos ético-políticos com os interesses coletivos da população usuária (IAMAMOTO, 1997, p.07).

E por ser um profissional propositivo e não só executivo, constrói suas propostas de trabalho a partir de demandas a ele apresentadas no decorrer da sua intervenção que buscamos junto aos entrevistados, tanto a avaliação que eles faziam do trabalho em parceria entre JMO e Serviço Social da DiSS, quanto quais as possíveis contribuições poderiam deixar em forma de sugestões para que o Serviço Social pudesse pensar o seu trabalho.

Em relação à avaliação dessa parceria, verificamos que todos a consideram importante, principalmente no que se refere ao atendimento do Serviço Social, vejamos algumas falas:

(...) eu acho ótimo esse tipo de atendimento, porque (...) como eu disse pra ti num primeiro instante eu acabei não utilizando essa licença que foi dada pra mim pelo médico, acabei utilizando depois (...) liguei bateu na Junta Médica, eu fui lá conversei com vocês (...) até aquele momento eu estava na dívida ainda, será que me afasto, não afasto (...) aquela confusão que fica, devido a demanda de serviço que nós temos aqui, nosso dia-a-dia. E acabou a gente conversando e vocês me esclarecendo a situação que estava realmente acontecendo comigo e foi ótimo pra mim, foi ótimo, trouxe a realidade, entendeu, porque muitas vezes a gente fica muito preocupando com o serviço e não vê o que realmente, as pessoas que realmente estão precisando da gente (...) (Servidor 01).

É muito importante (...) porque assim me tirou um peso, mesmo que vocês não tivessem conseguido a licença pra mim (...) só o fato de vocês me ouvirem e querer tentar ajudar mesmo que não desse certo (...) eu já ia ver que não tinha uma solução eu ia ter que partir para outra, mas pelo menos eu tentei e pelo menos alguém que me ouviu (...) mas só o fato de alguém ouvir, sentar e te ouvir é super importante isso (Servidora 07).

Eu acho que não foi perda de tempo, porque eu acho que tem que ter esse tipo, até de controle do profissional de Serviço Social para ver a demanda, o que realmente ocorre, qual a maior demanda. E facilitou para a gente o registro, formalizar uma situação inusitada (...) e nesse sentido (...) a título de informação mesmo para a assistente social, a demanda, o registro (Servidora 09).

O profissional de Serviço Social trabalha com as mais diversas expressões da questão social, esclarecendo seus usuários de seus direitos sociais, e os meios de ter acesso aos mesmos.

A intervenção social nada mais é do que um resgate de direitos, de serviços assistenciais, que visam incluir, proporcionar estímulos à autonomia, emancipação e exercício de cidadania dos sujeitos, que num determinado momento histórico, foram efetiva e deliberadamente impedidos de participarem dos mecanismos de desenvolvimento social, na suas mais diversas expressões, inclusive do direito aos questionamentos próprios desta segregação (CARDOSO, 2008, p.29).

E neste sentido, evidenciamos a importância para nosso fazer profissional da escuta qualificada, do olhar atento as necessidades trazidas pelos usuários, fazendo com que este se sinta seguro em expor suas reais necessidades. Visualizando, assim, os usuários enquanto sujeitos na sua totalidade, pois nos atendimentos feitos aos servidores que solicitam a Licença por Motivo de Doença na Família, verificamos que suas necessidades, muitas vezes, vão além da solicitação do afastamento. Podemos destacar, então nesta perspectiva, as ações sócio-terapêuticas que permitem ao profissional visualizar

[...] diversos sentimentos nem sempre transparentes, uma vez que integram um quadro de vulnerabilidade que se reproduz nas diferentes gerações da família, (...) É no acolhimento do usuário e/ou da família que acontece a narrativa desses sentimentos, e neste espaço os assistentes sociais podem identificar as situações vivenciadas pelo usuário, a percepção que ele tem dos seus próprios sentimentos e sobre os sentimentos [...] (MIOTO, 2006, p.30).

Assim, consideramos importante que essa ação componha o conjunto de ações do fazer profissional do assistente social, pois ela permite que, “[...] em vez de culpabilizar e sobrecarregar, leva os profissionais a pensar alternativas, acolher, apoiar e fortalecer os sujeitos (MIOTO, 2006, p.32).

Para finalizar nossas entrevistas, pesando em possíveis propostas para a intervenção do Serviço Social junto às solicitações de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, perguntamos aos servidores entrevistados o que estes tinham como sugestão para nos deixar neste sentido, assim, destacamos as seguintes falas:

A sugestão que eu tenho é que as informações que a gente tem no site (...) que as informações que a Junta tem que sejam colocadas no site, para que a gente não fique assim na dúvida, porque eu tirei a dúvida ligando pra Junta (...) então a sugestão que eu teria é essa, as informações mais socializadas (Servidor 02).

Talvez abrir um site para o Serviço Social na página da UFSC elencando as atribuições (...) tem servidor que não sabe, porque não é divulgado de uma forma clara, ele sabe que tem o Serviço Social, mas a quem ele serve? Em que condições devo buscá-lo? Quais os conflitos que eu devo procurar o Serviço Social? Existem muitos direitos para o servidor que ficam a mercê do próprio ambiente que ele vive e ele não consegue extrapolar aquela bolha, porque existe um corporativismo também dentro do ambiente de trabalho que muitas vezes não abrem (...) (Servidor 05).

(...) o serviço de vocês que eu nem sabia que existia, porque também nunca tinha precisado antes e até fiquei muito surpresa com o atendimento (...) mas acho que deveria ser mais divulgado. Tem coisas que a gente não conhece o servidor não conhece, eu sou uma servidora que estou há 33 anos, pode ser que os servidores que

hoje entrem (...) que seja esclarecido para eles, não sei se é, mas seria importante que isso fosse esclarecido, pelo menos para esses servidores novos que hoje estão chegando, o que eles tem direito, do que eles podem se valer para eles, tipo essa assistência, as licenças (...) mas para gente que está aí a 33 anos que nunca precisou antes, a gente fica completamente tonta, perdida (...) eu acho que falta um pouco de informação, dar mais conhecimento ao serviço que existe e que está a disposição dos funcionários. Uma divulgação maior. Só uma maior divulgação realmente, não só da parte burocrática que a gente tem que saber como é que encaminha, mas também que vocês estão lá. Uma maior divulgação (Servidor 07).

Ouvir os usuários e deixar que coloquem suas opiniões, permitindo assim a sua participação na elaboração de propostas que visam à melhoria dos serviços em um determinado espaço público, fazendo com que se sinta parte de um processo democrático de transformação, tem fundamental importância para o alargamento dos espaços públicos de participação da população. Pois, se visamos atender as demandas advindas da sociedade, precisamos investigar quais são as suas necessidades reais, avaliando conjuntamente com os usuários as respostas para as suas demandas.

O conhecimento da realidade possibilita o seu deciframento para “iluminar” a condução do trabalho a ser realizado. A pesquisa, portanto, revela-se um vital instrumento e torna-se fundamental incorporá-la aos procedimentos rotineiros (COFI/CEFESS, 2002, p.12).

Assim, tivemos a oportunidade de verificar junto aos entrevistados, que falta uma maior divulgação, tanto dos seus direitos, principalmente sobre a Licença por Motivo de Doença em Pessoas da Família, quanto sobre o trabalho do Serviço Social, na Instituição, voltado para atender aos servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC. Observamos que os que já tiveram a oportunidade de conhecer o trabalho do Serviço Social da DiSS, reconhecem a sua importância e comprometimento em atender suas necessidades. Nestes termos, cabe ressaltar, tendo em vista os deveres do Assistente Social, de “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional (...)” aos usuários, verificamos que o profissional de Serviço Social deve exercer sua função com o objetivo de auxiliar o usuário no acesso aos direitos, na perspectiva da proteção integral.

O exercício profissional deve ser visto como uma atividade racional transformadora da realidade, que incide sobre condições objetivas encontradas pelos sujeitos assistentes sociais, mas que estes as modifiquem buscando criar as possibilidades de alcançarem seus fins. (GUERRA, 2005, p.149).

Porém, para que o Serviço Social desempenhe seu papel, ele necessita ser reconhecido dentro da Instituição que está inserido, e uma das principais alternativas para alcançar esse reconhecimento é por meio da divulgação de seu trabalho a fim de facilitar, também, o acesso dos usuários ao seu trabalho, pois também é dever do Assistente Social, de acordo com seu Código de Ética, “contribuir para a criação de mecanismos que venham desburocratizar a relação com os usuários, no sentido de agilizar e melhorar os serviços prestados” (BRASIL, 2006, p.42) e, ainda, o de “programar, administrar, executar e repassar os serviços sociais assegurados institucionalmente” (BRASIL, 2006, p.43).

Diante de todas as reflexões feitas nesta pesquisa, a seguir, apresentaremos nossas considerações finais e sugestões, cuja pesquisa nos possibilitou pensar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de aprendizagem do exercício profissional na Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor (DiSS) possibilitou a identificação das atribuições do Serviço Social neste espaço institucional. Oportunizou, também, vislumbrarmos o instrumental teórico-metodológico e técnico-operativo, promovendo assim, a utilização destas ferramentas, visando um atendimento ao usuário que permitisse a sua autonomia e a garantia de seus direitos conforme preconiza o Projeto Ético-Político da profissão.

Tivemos a oportunidade de vislumbrar a prática profissional do Assistente Social, refletindo sobre a ação profissional, evidenciando a práxis³⁹ na intervenção, reafirmando a importância de investigarmos a realidade para assim realizarmos uma intervenção comprometida com os direitos dos nossos usuários.

A proximidade com a prática profissional através do estágio nos asseverou a importância de sermos profissionais comprometidos com a democratização de informações e acessos aos direitos dos usuários dentro e fora da instituição. Cabe aqui reafirmar que um dos princípios fundamentais que orienta a profissão do Assistente Social é a “ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, *com vistas a garantia dos direitos civis sociais e políticos das classes trabalhadoras*” (BRASIL, 2006, p.39). Como também identificar que nosso compromisso profissional não se encerra apenas nas orientações legais, pois com nosso olhar social temos a oportunidade de vislumbrar além do aparente, e visualizar outras necessidades que nem sempre o usuário nos apresenta claramente.

Nas reflexões feitas durante o estágio verificamos que é através da leitura da realidade que podemos identificar as expressões da questão social, que cercam nossos usuários. E assim observamos que não devemos condicionar a questão social exclusivamente à desigualdade social e fenômenos dessa ordem. Recordando aqui as palavras de Amargo (2003) quando afirma ser indispensável que o profissional focalize seu olhar tanto para a questão social quanto para as novas configurações que a mesma passa a adquirir. Destacamos, ainda, as orientações do professor Otavio Ianni (1994):

³⁹ Práxis entendida aqui como um movimento de ação X reflexão X ação.

(...) há que se observar a questão social noutras conjunções, para além do signo da exclusão social. Desemprego, subemprego e miserabilidade são dimensões importantes da questão social, mas não a esgotam (...) (IANNI *apud* AMARGO, 2003, p.42).

Realizamos este destaque porque nos atendimentos feitos no decorrer do estágio, verificamos que nem sempre as necessidades e carências dos usuários eram materiais ou de exclusão e, o olhar ampliado do Serviço Social nos deu a oportunidade de termos esta percepção.

Ao nos propormos a investigar a rede de proteção social acionada pelo servidor que solicita a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, nos deparamos com uma temática que perpassa tanto a esfera do Estado quanto a esfera da família, por nos remeter a discussão da proteção social.

Verificamos que as sociedades, independente do período que viveram, sempre tiveram a preocupação em constituir mecanismos que viessem proteger seus membros. A proteção social, por muito tempo, foi tratada como uma prática de benevolência e caridade, exercida principalmente pela família. A proteção social passa a ser reconhecida como um direito de responsabilidade pública somente a partir do século XX, diante do agravamento da questão social e das lutas da classe operária “em prol de direitos atinentes ao trabalho, exigindo o seu reconhecimento como classe pelo bloco do poder, e em especial pelo Estado” (IAMAMOTO, 2004, p.17).

O Estado assume a proteção social como sendo uma função do poder público, e neste âmbito destacamos o Estado de Bem-Estar Social, que toma para si a responsabilidade da provisão social, porém as antigas formas de proteção não são abandonadas, pelo contrário a família continuou circulando nesta esfera. Essa relação entre Estado e família não se deu de forma igualitária nos diferentes modelos de Estado de Bem-Estar Social, “a proporção de responsabilidade ocupada pela família foi proporcional à responsabilidade que o Estado se colocou na execução da proteção” (LIMA, 2006, p.58).

Com a introdução das idéias neoliberais, diante a crise econômica mundial no final dos anos de 1970, o Estado passa a retroceder nas suas ações voltadas para o âmbito do direito a proteção social, assim, os tradicionais mecanismos de proteção social (sociedade e família) passam a ser revalorizados diante a minimização do papel do Estado, deslocando a provisão do bem-estar para a esfera privada mercantil ou não-mercantil.

Verificamos, também, que especificamente no Brasil, os mecanismos de proteção social começam a ter reconhecimento por parte do Estado apenas em 1988 com a promulgação da CF/88, ao trazer em seu texto o tripé da seguridade social englobando a saúde, a previdência social e a assistência social, buscando, desta maneira, a universalização dos direitos sociais. Contraditoriamente, na década de 1990, entra em cena o Neoliberalismo, que preconiza o desmonte do Estado. Assim, se de um lado avançava-se na área social, do outro o ajuste neoliberal previa reformas estruturais, com a privatização das políticas públicas de proteção social, expandindo-se, desta maneira, o mercado privado de seguros e serviços sociais.

A partir de todos os dados levantados, podemos perceber que são várias as dimensões das relações entre a família e as políticas públicas. A família, assim como as políticas sociais, visa dar conta da reprodução e da proteção social de seus membros. Na contemporaneidade essa responsabilidade é compartilhada com o Estado pela via das políticas públicas (CARVALHO, 2003). Porém, utilizando como parâmetro os dados obtidos por essa pesquisa, até que ponto as famílias possuem capacidade para co-dividir essa responsabilidade com o Estado? Não basta alçá-la à parceria, é necessário instrumentá-la para tanto. É sob essa perspectiva que as políticas sociais devem ser criadas e executadas, mas com a análise dessa pesquisa, a realidade mostrou-se diferente, já que muitas famílias, conforme aqui demonstrado, não possuem acesso a políticas básicas como no caso, a saúde, sendo este o foco de estudo nesta pesquisa, que não se afirma enquanto direito universal, assegurado na Constituição Federal de 1988 e também respaldados pelo SUS.

Os dados obtidos na pesquisa realizada reafirmaram todos estes aspectos, mesmo se tratando de um número reduzido de servidores, ou seja, 10 (dez) entrevistados tivemos a oportunidade de verificar quais as estratégias são tomadas pela família quando necessitam cuidar de um dos seus membros quando este se encontra com alguma dificuldade. No caso da pesquisa o problema enfrentado estava ligado especificamente com a saúde, por se tratar de uma licença solicitada para acompanhar uma situação de adoecimento de um determinado familiar do servidor entrevistado.

Verificamos, que durante todo o processo pelo qual o servidor necessita passar para cuidar do seu familiar, é permeado pelas mais diferentes dificuldades. A começar pelo acesso ao seu direito a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. Dentre elas podemos destacar que as informações a respeito à licença e ao seu acesso não estão dispostas dentro da Universidade de uma forma clara que venha garantir efetivamente o seu acesso. Os dados

obtidos na pesquisa mostraram que os entrevistados possuem conhecimento a respeito do seu direito a licença, mas não tem clareza de como proceder para oficializar seu pedido dentro da UFSC.

A pesquisa mostrou que os servidores técnico-administrativos entrevistados contam para a sua proteção com a chamada rede primária, representada pela família e que mesmo em algumas situações conseguindo acessar a rede pública, confiam e acessam com mais frequência à rede privada de recursos, principalmente de saúde.

Vemos que isso é reflexo da política adotada, ou seja, o neoliberalismo, que prevê a mercadorização e a privatização dos recursos públicos, em uma lógica de defender o mercado. Assim o Estado passa a investir cada vez menos nos campos que são de sua responsabilidade e desta forma, limitando e dificultando o acesso da população, o que acaba por legitimar a entrada das empresas privadas nesse âmbito.

Mas vemos que o compromisso ético do mercado nem sempre é comprometido com os que procuram seu auxílio, constatamos esse aspecto na pesquisa quando identificamos a dificuldade que um dos entrevistados encontrou em encaminhar a situação de saúde da sua mãe, uma idosa, que apresentava um quadro de saúde delicado por ter várias patologias. Mesmo “pagando” pelo atendimento o servidor teve dificuldades em encontrar possibilidades para encaminhar a situação de saúde da sua mãe.

Essa é uma característica das organizações privadas, pois elas não têm o compromisso de atender o interesse público de forma universal, neste sentido, Iamamoto (2004), afirma:

A universalidade no acesso nos programas e projetos sociais abertos a todos os cidadãos só é possível no âmbito do Estado. Este ainda que seja um Estado de classe, dispõe de uma dimensão pública, que expressa a luta pelos interesses da coletividade. Projetos levados a efeito por organizações privadas apresentam uma característica básica que os diferencia: não se movem pelo interesse público e sim pelo interesse privado de certos grupos e segmentos sociais, reforçando a seletividade no atendimento, segundo critérios estabelecidos pelos mantenedores (IAMAMOTO, 2004, p.25).

¶

Evidenciamos também que em algumas situações, pontuais, o servidor entrevistado buscou acessar a rede pública, mas constatamos que em nenhuma situação pesquisada esse atendimento foi realizado na sua totalidade no âmbito público, necessitando assim em algum

momento se reportar a rede privada, por exemplo, para realizar um determinado exame ou dar continuidade ao tratamento de saúde.

Percebe-se assim, que faltam em nosso país a intersectoriedade entre as políticas, de educação, assistência social, saúde, previdência como a articulação de saberes, experiências no planejamento, implementação e avaliação dessas políticas, para que assim visem o real desenvolvimento social. A vantagem da intersectorialidade é uma opção para superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão em sua totalidade. Os programas disponíveis atualmente para a população são elaborados de forma padrão.

Diante de todos os dados obtidos com a pesquisa e análises realizadas, conclui-se que os direitos sociais legalizados através da Constituição e demais marcos no Brasil, ainda não são garantidos a todos. As políticas sociais não são universais e não atingem os cidadãos que delas necessitam, bem como não são concebidas como direitos sociais. Uma das limitações de nossas políticas sociais é a ausência de unicidade, geradas em especial pela desestruturação e fragmentação das políticas já dispersas, causadas pelas políticas neoliberais.

Ao nos reportarmos especificamente à família vislumbramos que diante ao significado que os entrevistados atribuíram a ela, percebemos que a responsabilização da família no que tange a proteção de seus membros, não é vista como uma obrigação imposta pelo Estado, mas é fruto de uma construção histórica permeado de significados, principalmente pelo sentimento de solidariedade e de ajuda mútua, elementos que vem caracterizando a família desde sua origem. Porém, o cuidado com os seus membros nem sempre se dá de forma coletiva, ou seja, comumente um único membro da família é “eleito” para cuidar dos que necessitam de auxílio. Neste sentido o membro da família que fica responsável em prestar os cuidados não raramente se sente sobrecarregado e facilmente entra em um processo de adoecimento.

Neste sentido, Miotto (1997), nos alerta para a fragmentação das políticas públicas, pois na sua maioria elas não são direcionadas para atender o núcleo familiar, mas sim apenas o “usuário-problema” em suas particularidades, restringindo assim, as demandas sociais, o que acaba implicando em uma atuação limitada e parcial. A realidade nos mostra que é fundamental pensar Políticas Públicas efetivas de proteção social, tanto para o cidadão que necessita de cuidado, quanto para os cuidadores.

Dentro desta discussão acerca da família, verificamos também que não podemos deixar de pontuar a necessidade de estarmos revendo a lei, neste caso em especial o RJU, no

que diz respeito ao conceito de família nele disposto, uma vez que a realidade que vem nos sendo apresentada, diante de novos arranjos familiares, não suporta mais um conceito reduzido de família. O RJU especifica quais os parentes que o servidor pode solicitar a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, mas o Serviço Social em seus atendimentos vem verificando que existem situações em que o servidor necessita cuidar de familiares, ou pessoas que considera fazer parte da sua família, que não estão previstos no RJU. Confirmamos esse fato também durante as entrevistas, uma vez que os servidores entrevistados em sua totalidade identificaram que existia em seu ciclo de convivência pelo menos uma pessoa que se viesse a adoecer necessitaria preferencialmente dos cuidados do servidor. Neste sentido, Dias (2005) afirma que,

A nenhuma espécie de vínculo que tenha por base o afeto se pode deixar de conferir o *status* de família, merecedora da proteção do Estado, pois a Constituição Federal, no inc. III do art. 1º, consagra, em norma pétrea, o respeito à dignidade da pessoa humana (DIAS, 2005, s/p).

Diante das questões levantadas na pesquisa afirmamos a importância da intervenção realizada pelo Serviço Social junto às solicitações de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família. As informações prestadas a respeito da licença vão ao encontro de esclarecer o servidor sobre o seu direito, uma vez que percebemos que muitos até sabem da existência dessa licença mais se sentem perdidos na hora de acessá-la e o Serviço Social vem conseguindo esclarecer e desburocratizar o acesso aos servidores.

Evidenciamos também o papel do Assistente Social na garantia e ampliação dos direitos dos usuários, podendo destacar neste sentido que o Serviço Social com seu olhar ampliado vem garantindo o acesso a licença a servidores que necessitam cuidar de algum membro da família que não encontra-se contemplado no RJU. Uma vez que, o Serviço Social, em sua intervenção não leva em consideração apenas a Lei, pois o assistente social com seu olhar ampliado tem a possibilidade de observar a totalidade das situações que os usuários lhe apresentam, objetivando a garantia de acesso igualitário a um direito previsto.

A intervenção profissional leva em consideração relações de classe, gênero, etnia, aspirações sociais, políticas, religiosas, culturais, além de componentes de ordem afetiva e emocional. O trabalho do assistente social pode produzir resultados concretos nas condições materiais, sociais e culturais da vida de seus usuários, em seu acesso e usufruto de políticas sociais, programas, serviços, recursos e bens, em

seus comportamentos, valores, seu modo de viver e de pensar, suas formas de luta e organização, suas práticas de resistência (YAZBEK, 2006, p. 124).

Pensando em propostas para a atuação do Serviço Social dentro da Universidade, entendemos que elas devem vir de encontro com o que os usuários, ou seja, os servidores técnico-administrativos e docentes da UFSC identificaram como necessidade nesta pesquisa. Assim, tomando como base a avaliação e as sugestões obtidas dos servidores entrevistados, percebemos que há uma necessidade de se pensar formas de publicizar não só o acesso a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, mas também, o Serviço Social dentro da Instituição.

Identificamos nas entrevistas que o Serviço Social voltado para o atendimento dos servidores da UFSC ainda é pouco conhecido, tanto pelos servidores que já estão na instituição há mais tempo, quanto pelos servidores que hoje estão se inserindo. Os entrevistados apontaram essa necessidade, pois ao serem atendidos pelo Serviço Social no momento que solicitaram a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família tiveram a oportunidade de avaliar a importância da intervenção desse profissional, no seu acesso e garantia a um direito e nas reflexões feitas a respeito da sua situação por um olhar de totalidade.

Divulgar e legitimar o trabalho do Serviço Social dentro da instituição que ele está inserido, contribui para que este profissional não seja visto como aquele que atua apenas em situações emergências, quando os usuários já se encontram em uma situação de carência material ou emocional. Mas que este é capaz como demonstrou a pesquisa de possibilitar a reflexão junto aos usuários no sentido que estes se tornem protagonistas na defesa e garantia de seus direitos, respeitando suas limitações, e formas de pensar a vida. Desta forma é oportuno acrescentar os ensinamentos de Cardoso:

Os usuários têm um modo de pensar a vida, uma vivência histórica e uma forma singular de estar no mundo. Pensam as coisas de determinada forma, porque tem um jeito único, exclusivo de ser. Tem a ver como constrói sua vida em família, em sociedade, com amigos, no trabalho. Isto é singular, próprio das experiências de cada um (CARDOSO, 2008, p. 53).

Cabe pontuarmos que o Serviço Social da DiSS já vem realizando algumas ações com o intuito de dar maior visibilidade ao seu trabalho dentro da UFSC, podemos citar aqui como exemplo, sua participação em eventos dentro e fora da instituição objetivando a

apresentação de projetos por eles realizados, a consolidação de sua parceira com a JMO, o planejamento e a execução de projetos como o Projeto Cuidar e o de Aposentadoria e, não podemos deixar de citar também, a proposta de intervenção junto as solicitações de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

As reflexões levantadas nesta pesquisa podem contribuir com o exercício profissional do Serviço Social dentro desta instituição, ao oferecer elementos para um melhor conhecimento dos usuários atendidos, pois avaliamos que o conhecimento por parte dos profissionais de Serviço Social, dos sujeitos com quem trabalha, possibilita a construção de sólidos argumentos para investir na elaboração e execução de políticas públicas e/ou projetos dentro da instituição que atua que venham ao encontro das necessidades dos usuários.

Não tivemos a pretensão aqui de trazer respostas prontas para as questões elencadas e aprofundadas na pesquisa, apenas buscamos fazer uma reflexão para novas abordagens e criações, assim, nosso trabalho não se esgota aqui, mas permanece em aberto a outras proposições que possam ser construídas.

Por fim ressaltamos que “o estágio supervisionado é um ‘divisor de águas’ no processo de formação profissional, um momento onde se descortina ao estagiário novas possibilidades de entender a dinâmica do trabalho profissional” (OLIVEIRA, 2004, p.78). Desta maneira, podemos afirmar que o estágio realizado na DiSS proporcionou a intitulada uma oportunidade única de aproximação com a prática profissional, mostrando a importância da realização de ações profissionais comprometidas, tanto com a categoria quanto com a instituição, mas principalmente com os usuários, com a efetivação e a ampliação de seus direitos. Tendo em mente que esta foi apenas uma etapa do aprendizado, pois entendemos que durante toda a trajetória profissional, que ainda iremos percorrer, estaremos aprendendo e aperfeiçoando nossa prática.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. L. T. Retomando a temática da “sistematização da prática em Serviço Social”. In: MOTA, E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 399-408.

AMARO, Sarita. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre, AGE, 2003, p. 40-45.

BERNARDO, Maria Helena de Jesus. **Afinal, quem cuida da mulher cuidadora? A prevalência do gênero feminino na prestação de cuidados – o exemplo da saúde mental**. Texto apresentado no 12º Congresso Brasileiro de Assistente Social. Foz do Iguaçu/PR, 2007.

BRASIL. Código de Ética do Assistente Social. In: **Legislação Brasileira para o Serviço Social: Coletânea de Leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social**. CRESS/SP (org.), 2006, p.38-49.

_____. **Conferência Nacional de Recursos Humanos da Administração Federal**. Etapas Regionais 2009. Texto-Base. Santa Catarina, março de 2009, p.46-56.

_____. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 53/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília, Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007.

_____. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social) In: **Legislação Brasileira para o Serviço Social: Coletânea de Leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social**. CRESS/SP (org.), 2006, p.85-100.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde) In: **Legislação Brasileira para o Serviço Social: Coletânea de Leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social**. CRESS/SP (org.), 2006, p.263-283.

_____. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (Sistema Único de Saúde) In: **Legislação Brasileira para o Serviço Social: Coletânea de Leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social**. CRESS/SP (org.), 2006, p.283-286.

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso) In: **Legislação Brasileira para o Serviço Social: Coletânea de Leis, decretos e regulamentos para instrumentação da (o) Assistente Social**. CRESS/SP (org.), 2006, p.219-246.

_____. **DECRETO Nº 5.961, DE 13 DE NOVEMBRO DE 2006.** Disponível em: <<https://conlegis.planejamento.gov.br/conlegis/legislacao/atoNormativoDetalhesPub.htm?id=2719>>, acessado em 29 de setembro de 2009.

_____. **DECRETO 6.833, DE 29 DE ABRIL DE 2009.** Disponível em: <<https://www1.siapenet.gov.br/saude/Portal.do?method=pesquisarItemLegislacao&codigo=26#>>, acessado em 29 de setembro de 2009.

_____. **Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais Brasileiras.** Disponível em: <<http://reuni.mec.gov.br/>>, acessado em 16 de outubro de 2009.

_____. **PORTARIA MOG Nº 1.675, DE OUTUBRO DE 2006 – DOU DE 10/10/2003.** Manual para os servidores de saúde dos servidores públicos civis federais. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/77/MOG-RH/ManSaudeSP.htm>>, acessado em 29 de setembro de 2009.

_____. **Regime Jurídico dos Servidores Públicos Civis da União, das Autarquias e das Fundações Públicas e Federais – RJU.** Lei 8.112, de 11 de dezembro de 1990 (revisada e atualizada em janeiro/2006).

BRAVO, Maria Inês Souza. Políticas Sociais Setoriais e por Segmento: As políticas brasileiras de seguridade social: Saúde. In.: **Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 3: política social.** Brasília: CFESS: ABEPSS, 2000, p.104-115.

CAMPOS, M. S. & MIOTO, R.C.T. Política de assistência social e a posição da família na política social brasileira. **Revista Ser Social.** Brasília: UNB, N º 12 jan.- junho, 2003, p. 165–190.

CARDOSO, Maria de Fátima Matos. **REFLEXÃO SOBRE INSTRUMENTAIS EM SERVIÇO SOCIAL.** Observação Sensível, Entrevista, Relatórios, Visitas e Teorias de Base no Processo de Intervenção. São Paulo: LCTE Editora, 2008.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. A Priorização da Família na Agenda da Política Social. In.: KALOUSTIAN, S. (org). **Família brasileira a base de tudo.** São Paulo: Cortez, UNICEF, 2000, p.93-108.

_____. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amélia F. (org). **Família: redes laços e políticas públicas.** São Paulo: Cortez, 2002.

CEZAR, Camile Alves e MIOTO, Regina Célia Tamaso. A família no campo da proteção social: em busca de novas perspectivas. In: **Semana do Serviço Social – Exercício e Formação do Profissional em Debate**. Florianópolis, UFSC, 2009.

COFI/CEFESS. Convite a Reflexão. In: **Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em Questão**. Brasília/DF, CEFESS, 2002.

COELHO, Virginia Paes. O Trabalho da mulher, relações familiares e qualidade de vida. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 71. São Paulo, Cortez, 2002, p.63-79.

COUTO, Berenice Rojas. **O Direito Social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** 3ª edição, São Paulo: Cortez, 2008.

DESLANTES, Suely Ferreira. A construção do projeto de pesquisa. In.: MINAYO (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 20ªed., 2002, p.51-66.

DIAS, Maria Berenice. **A evolução da família e seus direitos**. Disponível em: <http://www.mariaberenicedias.com.br/site/content.php?cont_id=1110&isPopUp=true> acessado em 27 de novembro de 2009.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, Antonio de (org.). **Reforma do Estado e políticas de emprego no Brasil**. Campinas (SP): UNICAMP. IE, 1998, p.9-29.

DIBAI, Márcia Bárbara Souza e CADE, Nágela Valadão. O acompanhante na instituição hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 90. São Paulo, Cortez, 2007, p.121-131.

DRAIBE, Sônia. **O Welfare State no Brasil: características e perspectivas**. Cadernos de Pesquisa, nº 8, UNICAMP: Campinas, 1993, p. 01-31.

DUARTE, Adriana. **O processo de reforma da previdência social pública brasileira: um novo padrão de regulação social do Estado?** In.: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 73. São Paulo, Cortez, 2005, p.121-141.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 6ªed., 2008.

GUERRA, Yolanda. O potencial do ensino teórico-prático no novo currículo: elementos para o debate. In: **Katálisis nº 2 – Serviço Social: contribuições analíticas sobre o exercício profissional**. Florianópolis: UFSC, 2005, p.147-154.

FALCÃO, Maria do Carmo, NETTO, José Paulo. **COTIDIANO: CONHECIMENTO E CRÍTICA**. São Paulo: Cortez, 1989.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil**. In: Brasília: CFESS/UNB, Programas de Capacitação Continuada, mod. III, 2002, p.42-56.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A Questão Social no Capitalismo. In: **Temporalis – Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS**, ano 11, nº3, 2ª Edição, 2004, p.9-31.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Dimensões Históricas, Teóricas e Ético-Políticas**. Fortaleza, CRESS-CE, 1997.

KATO, Letícia Sueny. **O Serviço Social nos processos de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família: O Cuidar do outro e o Cuidar de Si**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, 2009.

KNIHS, Neide da Silva. **A Família Vivenciando o Cuidado do Paciente Neurocirúrgico: Necessidades e expectativas frente a esse cuidado**. Dissertação apresentada para o título de mestre em Saúde e Meio Ambiente (Curso de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente). Universidade da Região de Joinville – UNIVILLE, Joinville, 2005.

LIMA, Eliete Maria **A Proteção Social no Âmbito da Família: um estudo sobre as famílias do Bairro Monte Cristo em Florianópolis**. 158f/Fevereiro de 2006. Dissertação apresentada para o título de mestre em Serviço Social (Curso de Mestrado em Serviço Social.)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

LIMA, Telma Cristina Sasso de. **AÇÕES SÓCIO-EDUCATIVAS E SERVIÇO SOCIAL: Características e Tendências na Produção Bibliográfica Brasileira**. In: MORAES, Ana Cláudia de. **A atuação do Serviço Social no Hospital universitário de Santa Catarina**. Florianópolis: EMYO: CRESS, 2007.

MACHADO, Bárbara de Souza. **O cuidar do idoso no contexto família**. (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2009.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Famílias de Baixa Renda na periferia do Município de São Paulo: Questões para os serviços de saúde. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº71, São Paulo, Cortez, 2002, p.181-189.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **ANÁLISE DE CONJUNTURA** – Breves notas introdutórias ao tema. Texto produzido para fins didáticos. Mimeo, 1990.

MARTINS, Letícia. **O Exercício da Paternidade e a (des)Proteção Social: uma Análise no Hospital Universitário de Florianópolis**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

MIOTO, R. C. T. **SERVIÇO SOCIAL E AÇÕES PROFISSIONAIS**: proposições de um processo investigativo. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2006, - *Mimeo*; Porto Alegre: PUCRS – Palestra Proferida em 30/05/2007.

_____. Família e Políticas Sociais. In: BOSHETTI (org). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. São Paulo, Cortez, 2008, p.130-148.

_____. O Trabalho com Redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. In.: **Katálisis**, nº1, Florianópolis: Ed. UFSC, 2002, p.51-58.

_____. Família e serviço social: contribuições para o debate. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade nº 55**. São Paulo, Cortez, 1997, p.114-131.

MOTA, Ana Elizabete. Seguridade Social. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade, nº50** . São Paulo, 1996, p.191-195.

NETO, Otávio Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In.: MINAYO (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 20ªed., 2002, p.51-66.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In.: MOTA, A. E. et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 141-159.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. A dialética Estado/ Sociedade e a construção da Seguridade pública. In. ABONG (org.). **Política de Assistência Social: uma trajetória de avanços e desafios subsídios à III Conferência Nacional de Assistência Social**. Novembro de 2002 – n 30, p.12-38.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Tendências Analíticas sobre os Direitos Sociais. In. SIMIONATTO, Ivete (org.). **Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e Perspectivas da Agenda Social**. Florianópolis: Lagoa Editora, 2004, p.7-27.

OLIVEIRA, Cirlene Aparecida Hilário da Silva. **O estágio supervisionado na formação profissional do assistente social: desvendando significados.** In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, nº 80, 2004, p.59-81.

OLIVEIRA, Iris Maria de. Direitos, cultura de direitos e assistência social. In.: **Revista Social e Sociedade nº89**. São Paulo, Cortez, 2007, p.05-30.

OLIVEIRA, Luciana Vargas Netto. Estado e políticas públicas no Brasil: desafios ante a conjuntura neoliberal. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade nº93**. São Paulo, Cortez, 2008, p.101-123.

PÁDUA, Elizabete M. M. de. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática.** Campinas, SP: Papirus, 7ª edição, 2004.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais.** São Paulo: Cortez, 4ª edição, 2007.

_____. Desafios contemporâneos para a sociedade e a família. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade nº48**. São Paulo, Cortez, 1995, p.103-114.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In.: SALES, M.A. (org). **Política Social, família e juventude: uma questão de direitos.** 2ed. São Paulo: Cortez, 2006, p.25-42.

PORTO, Célia. **Cidadania e “(dê)sproteção social” – um limite do estado democrático brasileiro?** Texto apresentado ao XVII Seminário Latino Americano de Escolas de Trabalho Social; Lima, Peru. 2001. Disponível em <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slts/slts-017-046.pdf> acesso em 21 de outubro de 2009.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas.** São Paulo: Atlas, 3ed., 2008.

RODRIGUES, Ana Valéria, MAGALHÃES, Neide Cordeiro de. Resiliência: um enfoque para a promoção de saúde em idosos. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade nº 93**, São Paulo: Cortez, 2008, p.146-169.

SAVIANI, Dermeva. **Escola e democracia.** 31.ed. Campinas: Autores Associados, 1997.

SANTOS, Ana Paula. JUNKES, L. G.G. PEREIRA, M. A. Atuação do Assistente Social junto aos Servidores da UFSC. In: **Semana do Serviço Social – Exercício e Formação do Profissional em Debate**. Florianópolis, UFSC, 2009.

SARMENTO, Helder Boska de Moraes. REDISCUTINDO OS INSTRUMENTOS E TÉCNICAS EM SERVIÇO SOCIAL. In: **Textos de teoria e prática de Serviço Social na UFPA**. Silvia da Costa Stockinger (org). Belem: Ed. Amazonia. UFPA, 2005, p.06-48.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Um novo fazer profissional. In: FERREIRA, Ivanete Salete Boschetti (Org.). **Capacitação em serviço social e política social – o trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Brasília: Universidade de Brasília, 2000, v. 04, p. 111-124.

SILVEIRA, Jucimeri Isolda. Sistema Único de Assistência Social: institucionalidade e processos interventivos. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 98. São Paulo, Cortez, 2009, p. 335-361.

SILVEIRA NETO, Fernando Henrique da. **OUTRA REUNIÃO? Teoria e prática para a realização de reuniões eficazes**. Rio de Janeiro, COP Ed., 1987.

SIMÃO, Andréa Branco e SOUZA, Robson Sávio Reis. Pesquisa em Serviço Social: Reflexões sobre os desafios para a formação e atuação profissional. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº96, São Paulo, Cortez, 2008, p.110-127.

SZYMANSKI, Heloisa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudanças. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº71, São Paulo, Cortez, 2002, p.09-25.

SCHWERZ, C. I. **A família como rede de apoio ao dependente químico: desafios e possibilidades no âmbito da saúde pública**. Porto Alegre: Programa de Pós Graduação em Serviço Social/Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Dissertação de Mestrado, 2007. Disponível: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=984>, acessado em: 21/11/2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA: **Estatuto da Universidade Federal de Santa Catarina**. Disponível: <http://www.ufsc.br/paginas/downloads/EstatutoUFSC_062008.pdf> acessado: 05/05/2009.

_____. **Pró-Reitoria De Desenvolvimento Humano E Social**. Disponível em: <<http://www.prdhs.ufsc.br>>, acesso em: 05 abril 2009.

_____. Divisão de Serviço Social – Atenção ao Servidor/DiSS. **Relatório Anual 2008**. Florianópolis, 2008.

VERONESE, Oliveira Luciane de Cássia. **Educação versus Punição**: A educação e o direito no universo da criança e do adolescente. Blumenau: Nova Letra, 2008, p. 75-84.

VIDAL, Dolores Lima da Costa. Demanda Reprimida: Acesso aos serviços de saúde e Serviço Social. In.: **Revista Serviço Social e Sociedade nº94**, São Paulo: Cortez, 2008, p.132-152.

YAZBEK, M. C. MARTINELLI, M. L. RAICHELIS, R. O Serviço Social brasileiro em movimento: fortalecendo a profissão na defesa de direitos. In. **Serviço Social e Sociedade nº95 – Serviço Social Memória e História**, São Paulo: Cortez, 2008, p.05-32.

YAZBEK, Maria Carmelita. **A Assistência Social na prática profissional: história e perspectivas**. Serviço Social e Sociedade nº 85. São Paulo: Cortez, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A:
Roteiro da Entrevista



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

Acadêmica: Greicy Kelly Bittencourte

Matrícula: 0521616-8

Entrevista para fins acadêmicos.

1ª Etapa: Dados Pessoais do Servidor e do Familiar Doente

Nome: _____

Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Local de Trabalho: _____

Cargo: _____ Horário: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Dados da Pessoa Doente

a) Grau de Parentesco

() pai/mãe () madrasta/padrasto

() cônjuge/companheiro

() filho(a) () outro _____

b) Idade da pessoa doente: _____

c) Situação Sócio-Econômica

() trabalha, está de licença médica

() aposentado/pensionista

() sem renda () desempregado

d) Possui Plano de Saúde

() Sim () Não

e) Local que necessita dos cuidados

() residência da pessoa doente

() residência do servidor

() hospital () outro _____

f) Cuidados Necessários

() locomoção na própria residência

() locomoção externa () banho

() alimentação () outros _____

g) **Quadro da Doença:** () Agudo () Crônico

h) Histórico da Doença:

i) Número de dias solicitados: _____ j) Período de _____ até _____

l) Solicitou Prorrogação? () Não () Sim, quanto dias? _____

m) Data do 1ª atendimento: _____ Prorrogação: _____

2ª Etapa: Acesso e conhecimento do direito a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

a) Como você teve conhecimento sobre seu direito à solicitação da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família?

b) Como foi o tramite do processo à solicitação da licença?

() Rápido () Demorado, porquê?

c) Você já havia solicitado a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família?

() Não, porquê? () Nunca precisou () Não tinha conhecimento
() Sim, quantas vezes? _____ Para cuidar de quem? _____

d) Já solicitou afastamento de saúde para si, mas com o intuito de cuidar de algum familiar doente?

() Não () Sim, porquê? () não conhecia a licença () outro _____

e) O tempo que você usufruiu a licença foi suficiente para encaminhar a situação de saúde do seu familiar?

() Sim () Não

f) Se o tempo não foi suficiente quais as medidas tomadas para com os cuidados da pessoa doente?

3ª Etapa: A Rede de Proteção Social do Servidor

a) Você tem conhecimento de algum serviço/programa Público de Saúde que pode ou poderia auxiliar da situação de saúde do seu familiar?

() Sim () Não

b) Buscou acessar algum dos Serviços Públicos?

() Não () Sim, quais? () Hospital () Unidade Local de Saúde
 () Equipe de Saúde da Família () Programa específico para a doença
 () Secretaria de Saúde (medicamentos, aparelhos) () Secretaria de Assistência Social
 () Outros _____

c) Sua solicitação foi atendida?

() Sim, em quanto tempo? () Não, porquê?

d) Se você não tem conhecimento, mas ao saber da existência buscaria esse auxílio?

() Sim () Não, porquê?

e) Se você tem conhecimento, qual o motivo de não buscar o acesso?

f) Em relação aos serviços privados, você tem conhecimento ou procurou esse tipo de assistência para auxiliar na situação de doença do seu familiar?

() Não conheço () Conheço mais não acessei, porquê? () Situação financeira
 () Outro Estado () Não foi preciso, pois os Recursos Públicos deram conta da situa
 () Sim e acessei. Quais? () Clínicas () Hospital () Médicos () Outros

g) O que você entende com sendo uma Rede de Proteção Social?

h) Qual é a sua rede de Proteção Social?

() Família () Vizinhos () Amigos
 () Recursos de Assistência Social e de Saúde Públicos () Recursos de assistência Privados

4ª Etapa: Família

- a) Quem é a sua família?
- b) O que você entende por família?
- c) Quem você considera fazer parte da sua família?
- d) Existe alguém do seu círculo de convivência, que não está relacionado no grau de parentesco estipulado em lei para solicitação da Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família, que se vier adoecer conta preferencialmente com você para auxiliar nos cuidados com ela? Quem é essa pessoa?
- () irmão/irmã () amigo (a) () sobrinho(a) () tio(a) () sogra(o)
- () vizinho(a) () outros _____

5ª Etapa: Avaliação e Sugestão

- a) Como você avalia o trabalho realizado em parceria entre Serviço Social e Junta Médica Oficial em relação a sua solicitação de Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família?
- b) Você gostaria de deixar alguma sugestão em relação a algum tema abordado nesta entrevista?

Estou ciente que esta entrevista tem fins acadêmicos, afirmo também serem verdadeiras as informações aqui repassadas.

Florianópolis, ____/____/____

Acadêmica

Sujeito da Pesquisa

APÊNDICE B
Termo De Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar da pesquisa A Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família: a Proteção Social do Servidor e a Proteção Social da Família.

Você foi escolhida para ser entrevistada por compor o universo dos servidores técnico-administrativos e docentes da Universidade Federal de Santa Catarina que solicitaram a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família entre o período de agosto de 2008 a setembro de 2009 e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com o Departamento de Serviço Social /UFSC.

Os objetivos deste estudo são verificar qual a Rede de Proteção Social acionada pelo servidor ao solicitar a Licença por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário que tem com objetivo: conhecer e estudar a demanda que busca atendimento referente à Licença Por Motivo de Doença em Pessoa da Família.

Os benefícios relacionados com sua participação são muitos. Através de sua contribuição poderemos traçar o perfil da rede de Proteção Social dos que solicitam a referida licença, conhecer a demanda que busca atendimento, bem como elaborarmos propostas que contribuam para a garantia da acessibilidade e a ampliação de um direito. Não identificamos a existência de riscos em você participar da pesquisa.

As informações obtidas através desta pesquisa serão utilizadas para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso e através deste é que serão veiculadas. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal e da professora orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Greicy Kelly Bittencourte
Acadêmica de Serviço Social - UFSC

Acadêmica: Greicy Kelly Bittencourte

Rua: Biguaçu/SC

Fone: (48) 99348762

Professora Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso –

Profa: Naldir da Silva Alexandre

Departamento de Serviço Social

Fone: 3331-9540

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da Pesquisa

ANEXOS

ANEXO A
Formulário de Atendimento



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PRÓ-REITORIA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E SOCIAL
DEPARTAMENTO DE DESENVOLVIMENTO E ATENÇÃO SOCIAL E À SAÚDE
DIVISÃO DE SERVIÇO SOCIAL – ATENDIMENTO AO SERVIDOR

LICENÇA POR MOTIVO DE DOENÇA EM PESSOA DA FAMÍLIA

1 - Identificação:

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Siape: _____ Masis: _____

Local de Trabalho: _____ Telefone/Ramal: _____

Horário de Trabalho: _____ Cargo/Função: _____

Chefia Imediata: _____ Telefone/Ramal: _____

Endereço do Servidor: _____ N° _____

Bairro: _____ AP: _____ Bloco: _____

Fone: _____ E-mail: _____

2 - Grau de Parentesco da pessoa doente a ser acompanhada (dependente legal) em relação ao servidor:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pai/Mãe | <input type="checkbox"/> Cônjuge/Companheiro (a) |
| <input type="checkbox"/> Filho/Filha | <input type="checkbox"/> Padrasto/Madrasta |
| <input type="checkbox"/> Enteadado (a) | <input type="checkbox"/> Outro: _____ |

Nome: _____ Idade: _____

3 – Contexto Familiar da Pessoa Doente:

4 – Situação sócio – econômica do doente:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trabalha, mas está em licença médica | <input type="checkbox"/> Desempregado |
| <input type="checkbox"/> Aposentado | <input type="checkbox"/> Sem Renda |
| <input type="checkbox"/> Autônomo | <input type="checkbox"/> Pensionista |

5 – Possui Plano de Saúde?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
|------------------------------|------------------------------|

Qual? _____

6 – Local em que sua presença será necessária:

- ☐ Residência da pessoa doente
☐ Residência do servidor
☐ Servidor e a pessoa doente possuem a mesma residência.
☐ Hospital
☐ Outro: _____

7 – Cuidados que o familiar doente necessita no momento:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Banho | <input type="checkbox"/> Locomoção na própria residência |
| <input type="checkbox"/> Alimentação | <input type="checkbox"/> Locomoção externa (médicos, curativos, fisioterapia, etc). |
| <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |

8 – Quadro da doença:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agudo | <input type="checkbox"/> Crônico |
|--------------------------------|----------------------------------|

Detalhar: _____

9 – Histórico da doença (diagnóstico, evolução, prognóstico).

10 – Há outros recursos humanos ou institucionais, incluindo amigos, parentes, profissionais da área ou clínicas que possam auxiliar nos cuidados com o doente?

() Sim () Não

Detalhar: _____

11 – Quanto a recursos públicos para a situação de saúde da pessoa doente, já buscou se informar se há recursos públicos que possam auxiliar com os cuidados ao doente? Quais? (Posto de Saúde, Equipe Saúde da Família, Secretaria de Assistência da cidade do doente, CRAS, etc).

12 – Quais as outras possibilidades/recursos para cuidar do doente após o término do período permitido por lei para acompanhar pessoa doente na família (orientar lei)?

13 – Dias necessários: _____ A partir de: _____

OBS: _____

Estou ciente das leis referentes à licença para tratar pessoa doente na família e declaro que as informações acima são verdadeiras.

Florianópolis: ____/____/____

Serviço Social (DiSS)

Assinatura do Servidor